Rok LII. Kraków, dnia 8 listopada 1913. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

DR. ALFREDOWI SOKOŁOWSKIEMU
W DNIU JUBILEUSZOWYM.



Odbudowywać z gruzów, ustawicznie związywać przerywane wrogą ręką pasmo pracy, nieznużonym być oraczem zachwaszczanego nam umyślnie pola, uczyć się wytrwania, siły dwoić i troić, to dzisiejsze Polaka losy i zadania.

W tych zadaniach przodowałeś myślą, sercem i czynem przez lat czterdzieści.

Za to, żeś, w pierwszym sam krocząc szeregu, gromadził hufiec pracowników na niwie nauki, żeś w tyloletnim znoju i trudzie na barki swe brał ciężar kształcenia naszych lekarzy, pozbawionych własnej Szkoły głównej, — za to, żeś strzegł skutecznie dostojeństwa i sławy sztandarów medycyny polskiej, żeś był dla nas przykładem i wzorem, — za to, że działanie Twoje tchnęło serdeczną troską o zdrowie i przyszłość narodu, — za wszystkie dzieła Twej myśli i za płomienie Twego zapału, za ofiary z ducha i uczuć, za żywot Twój cały — winno Ci społeczeństwo hołd i wdzięczność.

Z podzięką i życzeniami, składanemi Ci w dniu dzisiejszym, łączy się całem sercem Towarzystwo lekarskie krakowskie, dumne, że od lat wielu zalicza Cię do swych członków honorowych i »Przegląd lekarski«, szczycący się Twem współpracownictwem.

Dr Alfred Sokołowski, urodzony 11. listopada 1849 w Włodawie, szkoły średnie i studya lekarskie (1868—1873) przebywał w Warszawie. Dyplom doktora medycyny uzyskał w Paryżu w r. 1880 na zasadzie egzaminów i rozprawy p. t. »Quelques remarques sur les complications laryngées de la phthisie pulmonaire«. Od r. 1874 do 1880 pracował jako asystent w słynnem sanatoryum w Goerbersdorfie, w r. zaś 1880 powrócił do Warszawy, gdzie w dwa lata potem został ordynatorem oddziału chorób piersiowych i gardlanych w szpitalu św. Ducha.

Na stanowisku tem rozwinął niezmiernie żywą działalność naukową, piśmienniczą i dydaktyczną. Wykształcił cały szereg uczniów, zaszczytnie dziś znanych w zakresie praktyki lekarskiej i polskiej literatury lekarskiej. Sam przodując przykładem, ogłosił dotąd po polsku 142 prac, nie licząc rozpraw niemieckich, angielskich i francuskich. Naczelne miejsce wśród prac Jego zajmuje wspaniałe trzytomowe dzieło: »Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych« (Warszawa 1902—1906), za które przyznała Mu nagrodę Akademia Umiejętności, a które rychło przełożone na języki obce, przyjęte zostało nietylko nader pochlebnie, ale z nadzwyczajnem wprost uznaniem przez krytykę zagraniczną. Z innych większych prac wymienić należy przedewszystkiem rozprawę: »O włóknistej postaci suchot płucnych« (1885), w której Dr Sokołowski pierwszy ustalił odrębność kliniczną tej postaci chorobowej, przedtem opisywanej tylko przez anatomo-patologów, dalej wydaną razem ze znaną »Dyagnostyką« Biegańskiego »Dyagnostykę różniczkową chorób górnego odcinka dróg oddechowych«, następnie cały szereg znakomitych »Odczytów klinicznych« (wydawanych przez »Gazetę lekarską«), jak o skrytych postaciach suchot płucnych (1890), o leczeniu klimatycznem suchot (1893), o bolu gardła (1898), o stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych (1898), o alkoholu w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych (1899), o wysiękowem zapaleniu opłucnej (1903), o leczniczem znaczeniu klimatu południowego (1906), o nowoczesnych metodach rozpoznawania i leczenia gruźlicy płuc (1909), o wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płuc i i. Prócz »Odczytów« ogłaszał prace swe w »Gazecie lekarskiej«, »Medycynie«, »Zdrowiu«, a także »Przegląd lekarski« może poszczycić się Jego współpracownictwem. Badań swych część przeważną poświęcił zagadnieniu gruźlicy, której jest dziś u nas niewątpliwie znawcą najznakomitszym.

Zagadnienia, dotyczące tej choroby, zajmowały Go jednak nietylko jako klinicystę i jako pisarza, ale także jako obywatela. Sprawie zwalczania gruźlicy, jako klęski społecznej, oddał się z właściwym sobie zapałem i wytrwałością, a był u nas jednym z pierwszych działaczy na tem polu. W warszawskiem Towarzystwie higienicznem, jako przewodniczący Wydziału przeciwgruźliczego, rozwijał energiczną działalność dla zorganizowania walki z gruźlicą; należał do założycieli sanatoryum w Zakopanem, sanatoryum w Rudce, a w końcu stworzył osobne Towarzystwo przeciwgruźlicze, którego jest duszą, a które pod jego przewodnictwem coraz piękniej się rozwija, założywszy już dwa dyspensatorya w Warszawie i sanatoryum ludowe »Leśniczówka« pod Warszawą. Nie szczędził ofiar, aby przez fundacyę nagród konkursowych i t. p. stworzyć dobre piśmiennictwo popularne, szerzące w tym zakresie propagandę. Hojną też ręką tworzył inne fundacye na cele publiczne, naukowe i humanitarne, jakoto na nagrody za najlepsze prace z zakresu patologii dróg oddechowych, na nagrody za odczyty w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem, na stypendya dla uczniów, na kasę wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach, na miejsca w sanatoryum w Rudce dla lekarzy chorych na gruźlicę i i. Fundacye te przekraczają 30.000 rubli.

Znamienite zasługi na polu lekarskiem i obywatelskiem zjednały Jubilatowi powszechny szacunek i uznanie; na polskich Zjazdach lekarskich wybierany prezesem honorowym, w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem piastuje od r. 1908 godność najwyższą, sekretarza stałego, a przez wiele naszych Towarzystw lekarskich został mianowany członkiem honorowym.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Zastosowanie lecznicze benzolu w białaczce

napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Działanie benzolu na narząd krwiotwórczy jest niezaprzeczenie bardzo znamienne. Pierwszy Selling wykazał, iż po wstrzykiwaniach podskórnych benzolu u królików wytwarza się znaczne zmniejszanie się ilości krwinek białych we krwi krążącej, jak również i przy dłuższem stosowaniu podskórnem większych dawek benzolu przychodzi nietylko do zaniku krwinek białych, ale i do zaniku całego układu krwiotwórczego. Doświadczenia Sellinga na królikach zwróciły uwagę Koranyiego, który postanowił benzol zastosować u chorych dotkniętych białaczką. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Peszcie w dniu 20 kwietnia 1912 r. przedstawił też Koranyi 2 przypadki białaczki, leczone z wynikiem korzystnym przez podawanie wewnętrzne coraz to większych dawek benzolu. Wkrótce potem Kiralyfi ogłosił z kliniki Koranyiego dalszych 6 przypadków leczonych benzolem Kiralyfi nadmienia, iż stosując wewnętrznie przez dłuższy czas u chorych na białaczkę coraz to większe dawki benzolu, można bezsprzecznie zadziałać na ciałka białe krwi i zmiany anatomiczne w narządach wewnętrznych, co ujawnia się w pierwszym rzędzie tem, że zwiększona ilość krwinek białych z 200.000 —300.000 spada do 7—8000 w 1 mm³. Równocześnie ze zmniejszaniem się ilości krwinek białych można stwierdzić i powolne zmniejszanie się narządów krwiotwórczych, jak śledziony, tak iż kiedy śledziona z powodu obrzęku początkowo wysklepiała całą połowę lewą jamy brzusznej, to pod koniec leczenia benzolem zaledwie staje się wyczuwalną w podżebrzu lewem. Nie mniej i białaczkowo powiększone gruczoły chłonne ulegają zmniejszeniu. Pomimo to Kyralyfi nie uważa benzolu za środek swoisty dla białaczki, pod wpływem którego białaczka mogłaby być wyleczona, gdyż działanie benzolu nie jest trwałem. Toż samo mógł zauważyć Kyralifi, iż wczesne przerwanie stosowania benzolu zaostrza silnie proces chorobowy; ilość krwinek białych ulega wówczas silnemu zwiększeniu. Niemniej pod wpływem stosowania benzolu i jakościowy stosunek pojedynczych postaci leukocytów albo wcale, albo bardzo nieznacznej ulega zmianie, a postacie chorobowe krwinek białych, zwłaszcza myelocyty, prawie w tym samym stosunku się utrzymują; w nieznacznym stopniu zmniejsza się także ilość krwinek czerwonych. Niekiedy w przypadkach

zatrucia benzolem można było stwierdzić niedokrwistość aplastyczną.

Pod wpływem stosowania benzolu w białaczce ustępowała gorączka. Chorzy czuli się podmiotowo dobrze, coraz silniejszymi i swobodniejszymi; odzyskiwali łaknienie, energię życiową i chęć do pracy. Rzadko występowały zaburzenia przemijające ze strony przewodu pokarmowego, jak odbijanie benzolem i brak łaknienia.

Wachtel stosował benzol w celu leczniczym w 2 przypadkach ciężkiej białaczki szpikowej. W jednym przypadku u kobiety 38-letniej wynik miał być bardzo pomyślny. Dawka dzienna wynosiła zrazu 3, a potem 4 gr. Ogólny stan chorej znacznie się poprawił. Ilość krwinek białych w ciągu kilku tygodni spadła z 140,900 na 13,000, a później na 8,000 w 1 mm^3. Stan ten korzystny utrzymywał się jeszcze przez 4 tygodnie po zaprzestaniu podawania benzolu. Nigdy nie można było zauważyć objawów zatrucia; ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny uległy nawet zwiększeniu. Należy mi jednak nadmienić, iż chora ta znajdowała się w ciąży początkującej i wobec tego nasuwa się wątpliwość, azali ten tak korzystny stan nie był wywołany początkującą ciążą, tem więcej, że odnośne przypadki znane są w piśmiennictwie. W drugim przypadku ciężkiej białaczki szpikowej był Wachtel zmuszony już po 3 dniach zaprzestać stosowania benzolu, gdyż naówczas w moczu pojawiła się znaczna ilość białka (około 0·25%).

Todesco opisuje przypadek białaczki, leczonej z bardzo korzystnym wynikiem metodą Koranyiego tak ze względu na zachowanie się krwinek czerwonych, jak i białych, przyczem niezaprzeczenie wpływ dodatni benzolu ujawnił się i we wzajemnym stosunku jakościowym krwinek białych.

Toż samo Stern. W przypadku Sterna po 2-miesięcznem leczeniu benzolem ilość krwinek białych w 1 mm^3 obniżyła się z 264,000 na 13.300, a ilość kwinek czerwonych podniosła się z $3^1/_2$ miliona na $5^1/_2$ miliona. Stosunek ilościowy krwinek białych uległ zmianie na korzyść. Podczas gdy ilość myelocytów z 44% spadła do 2—3%, zwiększyła się ilość białych ciałek wielojądrzastych z 48% na 74%. W miarę polepszania się obrazu hematologicznego zmniejszała się i śledziona tak, iż pod koniec leczenia śledziona okazywała prawidłowe rozmiary. Chory czuł się na ogół znakomicie; na wadze przybrał o 2 kg.

Rössler wspomina o bardzo korzystnym wyniku leczenia w 2 przypadkach białaczki szpikowej, gdzie poprzednio stosowanie promieni Röntgena i arszeniku okazało się bezskutecznem.

Frank Billings spostrzegał wpływ benzolu na białaczkę w 5 przypadkach (w 4 przypadkach leucaemia myelogenes a w 1 przyp. leucaemia atypica lymphoides). We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego, stosowano obok benzolu i naświetlania promieniami Röntgena. Benzol podawał Billings w kapsułkach żelatynowych początkowo po 0·5 gm., a później po 1 gm. Wszyscy chorzy skarżyli się na odbijanie benzolem i pieczenie w żżądku. ale apetyt mieli zawsze dobry. W jednym przypadku po benzolu zauważył Billings rumień na skórze (erythema toxicum) i swędzenie; zmiany te jednak po zaprzestaniu podawania benzolu rychło ustąpiły. W 4 przypadkach chorzy okazywali przybytek na wadze. U 2 chorych ilość krwinek białych wzrosła w pierwszych dniach leczenia, a u 3 chorych nastąpił odrazu znaczny spadek ilości krwinek białych tak, że stwierdzić można było nawet zubożenie krwi w ciałka białe (leukopenia). Tym zmianom we krwi towarzyszyło szybkie pomniejszanie się śledziony

Klein podawał benzol wewnętrznie w 22 przypadkach białaczki i na podstawie spostrzegania klinicznego nie uważa benzolu za środek pewnie działający. Według niego benzol nie leczy białaczki, ale może w jej leczeniu odegrać ważną rolę, zwłaszcza jeżeli u odnośnych chorych zastosuje się poprzednio leczenie promieniami Röntgena. Stein radzi obok benzolu stosować równocześnie arsen.

Rodelius na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu (4. VI. 1913) przedstawił chorego z białaczką szpikową, u którego po dwukrotnem prześwietleniu promieniami Röntgena i podaniu 350 kapsułek benzolowych ilość leukocytów obniżyła się z 228.000 do 9.000 w 1 mm^3, a silnie powiększona śledziona wróciła do prawidłowych rozmiarów. Wpływu szkodliwego benzolu w żadnym kierunku nie zauważył. W drugim przypadku pomimo zastosowania 1500 kapsułek benzolowych wynik był zupełnie ujemny, podczas gdy w trzecim przypadku już po 8 dniach zauważyć można było wyraźne polepszenie.

Türk stosował benzol w 9 przypadkach białaczki. W 3 przypadkach białaczki szpikowej i w jednym przypadku przewlekłej gruczołowej chorzy znosili źle benzol w kapsułkach żelatynowych; tracili apetyt i uskarżali się na odbijanie i pieczenie w żołądku, tak iż zaprzestano podawania benzolu. W 5. przypadku u kobiety z przewlekłą białaczką szpikową, która pozostawała w leczeniu od r. 1909 i po zastosowaniu naświetlenia promieniami Röntgena zawsze na cały rok odzyskiwała zdolność do pracy zawodowej, po podawaniu benzolu przez 3 tygodnie (w ilości ogólnej 99 kapsułek półgramowych) nie można było zauważyć żadnego korzystnego działania, lecz pogorszenie, gdyż ilość krwinek białych wzmogła się z 81.600 do 120.000 w 1 mm^3, podczas gdy ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny nie uległy zmianie. Na wyraźne życzenie chorej odstawiono benzol, a podjęto leczenie promieniami Röntgena. Po 7 naświetleniach nastąpiło wzmożenie się ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, a ilość krwinek białych obniżyła się do 77.300 tak, iż chora naówczas znów z polepszeniem powróciła do domu. W 6. przypadku przewlekłej gruczołowej białaczki po zastosowaniu benzolu w ciągu 3 tygodni (64 kapsułek żelatynowych) zauważono nieznaczny spadek krwinek czerwonych i hemoglobiny i wzmożenie się ilości krwinek białych z 68.000 na 85.800 w 1 mm^3, tak iż i w tym przypadku powrócono do poprzedniego skutecznego leczenia promieniami Röntgena. Po 8 naświetleniach podniosła się ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny, a ilość krwinek białych opadła do 25.300 w 1 mm^3; równocześnie odsetek ciałek wielojądrzastych białych 1·6% wzmógł się do 26·7% W 7. przypadku przewlekłej gruczołowej białaczki, nieleczonej poprzednio, a spostrzeganej od roku 1911, podano 292 kapsułek półgramowych benzolu w czasie 8 tygodni. Po 4 tygodniach spadła ilość krwinek białych z 71.100 na 40.700, atoli obraz kliniczny i stan chorego pozostały niezmienione. Chory opuścił szpital z poleceniem dalszego zażywania kapsułek w domu i dochodzenia od czasu do czasu do zbadania. Po tygodniu zgłosił się wśród stanu gorączkowego, a badanie nie wykazało żadnej zmiany w narządach,

natomiast we krwi ilość krwinek białych podniosła się do 70.300. Przy dalszem zażywaniu benzolu po 18 dniach ilość krwinek białych znów spadła do 47.900; stosunek jednak leukocytów nie zmienił się. Toż samo ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny nie zmieniły się. U 8. chorego, 57-letniego pomocnika krawieckiego, który z powodu przewlekłej białaczki szpikowej trzykrotnie pozostawał poprzednio w leczeniu na klinice, mógł Türk zauważyć wcale korzystny wynik wyłącznie po benzolu ze względu na obraz hematologiczuy, podczas gdy poprzednie naświetlanie promieniami Röntgena było bezskuteczne. W ciągu 10-tygodniowego podawania wielkich dawek benzolu ilość krwinek białych po początkowem podniesieniu się w pierwszych 3 tygodniach, następnie dość szybko i trwale się obniżała. Chory w ciągu 3 miesięcy wyżył w całości 755 kapsułek żelatynowych po 0·5 gr. (t. j. 377·5 gr. benzolu). W ostatnich tygodniach odsetek krwinek białych w całości nieznacznie się obniżył (z 99.2%—97·7%); natomiast obrzęki gruczołów, śledziony i wątroby, bóle w kościach, pomimo tego, w każdym razie energicznego leczenia, nie okazywały zmiany na lepsze, a objawy niedokrwistości nawet się poniekąd zwiększyły, skoro ilość krwinek czerwonych obniżyła się o 600.000 w 1 mm^3. a ilość hemoglobiny o 10%. W 9. przypadku, u 62-letniego chorego na białaczkę gruczołową przewlekłą spostrzegał natomiast Türk po krótkotrwałem zastosowaniu benzolu nietylko nagły spadek ilości krwinek białych we krwi, ale i rychłe zmniejszanie się obrzęków gruczołowych i śledziony bez jakichkolwiek ubocznych przypadów.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kliniczne w kilku sporadycznych przypadkach choroby Heine-Medina o niezwykle korzystnym przebiegu

skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Przypadek ten nie przedstawiałby w oczach lekarzy, którzy mieli sposobność czynić spostrzeżenia w czasie epidemii choroby Heine-Medina, niczego tak bardzo niezwykłego. Jako spostrzeżenie sporadyczne zasługuje on wszakże w każdym razie na wyróżnienie. Już w samym początku choroby wystąpiły niecodzienne objawy, z jednej strony bardzo ostry nieżyt gardła i górnych dróg oddechowych, z drugiej nadzwyczaj uporczywe zaparcie stolca. W dalszym przebiegu zjawiły się rozległe porażenia mięśniowe, obejmujące mięśnie twarzy, języka, karku, brzucha i kończyn po stronie prawej. Czy i po stronie lewej nie było przemijających nieznacznych niedowładów, które łatwo ujść mogły uwagi, nie możemy rozstrzygać. Bliższe cechy tych porażeń świadczyły niewątpliwie o tem, że przyczyna ich leży w schorzeniu odżywczych komórek zwojowych. Obok tego spostrzegaliśmy w zachowaniu się odruchów objawy, które wskazywały, że ciągłość połączeń w drogach piramidalnych nie jest utrzymaną. Objawy te wystąpiły już wtedy kiedy istniały przez szereg dni porażenia. Z konieczności przyjąć tu trzeba, że sprawa zapalna przeniosła się także na niektóre odcinki tych dróg. A trwała ona tam nawet dłużej, aniżeli w obszarach układu nerwowego, które uważamy za typowe siedlisko zakaźnego zapalenia, i ustępowała powolniej.

Porażenie odbytu i pęcherza moczowego zasługuje o tyle na podniesienie, że nie należy ono do zjawisk częstych i że nie trwa nigdy tak długo, jak w opisanym przypadku.

Ciekawe były wyraźne bardzo zaburzenia naczynioruchowe; na karb tych zaburzeń położyć należy pojawianie się plam sinawych, znikających po krótszem lub dłuższem trwaniu i pojawiających się potem na nowo. Nie różniły się one zupełnie od podobnych plam, spotykanych w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgu i rdzenia, o których wspominałem jeszcze w r. 1896, kreśląc krótką monografię tej choroby. Na szczególne wszakże podniesienie zasługuje zakończenie choroby, niezwykle pomyślne i to pomimo tego, że przebieg jej wobec rozległych porażeń nosił piętno ciężkiego schorzenia. Według powszechnie utartego zdania kończą się przypadki sporadyczne choroby Heine-Medina u osób dorosłych z zasady dobrze, o ile chodzi o życie, niekorzystnie, jeśli zejście oceniamy według tego, jakie pozostają następstwa. Zapatrywanie to wymaga o tyle przynajmniej sprostowania, że od ogólnej zasady mogą być i że są istotnie wyjątki.

Gdybyśmy opisany przypadek klasyfikować chcieli według schematu Wickmana, o którym wspomnieliśmy na wstępie, okazałoby się, że niema tam dla niego zupełnie stosownego miejsca. I nie może nas to bynajmniej dziwić. Z chwilą, kiedy nauka kliniczna, a wraz z nią i anatomia patologiczna stanęły na tem stanowisku, że sprawa zapalna układu nerwowego ośrodkowego, dająca powód do powstawania obrazu choroby Heine-Medina, nie jest pod względem swego siedliska stałą, zgodzić się trzeba i z tem także, że objawy nerwowe muszą być co do usadowienia się nader zmienne i że muszą, nie tracąc zresztą zasadniczego typu, wikłać się ze sobą w najrozmaitszy sposób. Taki powikłany obraz spostrzegaliśmy i w naszym przypadku. Najprędzej jeszcze wtłoczyćby go można w ramy tej postaci, którą nazwaliśmy postacią opuszkową. Objawy porażenia opuszkowego powstały tu najwcześniej i trwały najdłużej. W każdym razie jest w tem określeniu bardzo widoczny przymus, gdyż nie uwzględnia ono zupełnie porażeń mięśni kończyn i tułowia o cechach, które przez pewien czas bądź co bądź bardzo przypominały pod pewnymi względami chorobę rdzenia, znaną pod nazwą sclerosis lateralis amyotrophica.

Przypadek II. Dusan G., 14-letni chłopiec sklepowy z Sarajewa, przyjęty na oddział wieczór 10 kwietnia 1913.

Wywiady. Choroba rozpoczęła się nagle przed 5 dniami wysoką gorączką, bolem całego ciała. Przez cały czas utrzymywało się zaparcie stolca. Wymiotów rzekomo nie było.

Stan obecny z 11. IV. Chłopiec wątłej budowy ciała, licho odżywiony, o rysach twarzy wyrażających ból, leży z podwiniętemi nogami w położeniu, spotykanem często u chorych na zapalenie gruźlicze opon. Od czasu do czasu jęczy, ale jest zupełnie przytomny. Wyprasza się od

badania, podając, że każde dotknięcie sprawia mu wielki ból. Dźwignięty w łóżku, nie może siedzieć o własnych siłach. Opukiwanie czaszki sprawia choremu mierny ból; ruchy głową utrudnione z powodu znacznego napięcia mięśni karku; kręgi szyjne za uciskiem bardzo bolesne. Taką samą bolesność stwierdzić można w zakresie skóry i mięśni kończyn i tułowia. Wobec tej bolesności niepodobna było zbadać odruchów mięśniowych i ścięgnistych. W zakresie nerwów czaszkowych zmian nie ma. W narządach wewnętrznych ważniejszych zmian niema. Na zaznaczenie zasługuje obłożenie i suchość języka, oraz znaczne zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej gardła. Brzuch płaski, powłoki brzuszne dość silnie napięte, w jelicie esowatem grudki zbitego kału. Mocz nieco tylko ciemniejszy, składników nieprawidłowych nie zawiera. Skład krwi był o tyle różny od prawidłowego, że odsetkowa ilość limfocytów wynosiła 35%. Ciepłota ciała, która bezpośrednio po przyjęciu chorego wynosiła 38·9° C., opadła wśród nocy i wahała się w godzinach rannych między 37·4 – 37·8° C. Liczba tętna wynosiła w czasie badania chorego około 100.

Przez kilka następnych dni utrzymywał się wśród nieznacznych tylko wahań stan jednakowy. Na plan pierwszy wybijała się stale wielka obolałość i wybitna przeczulica mięśniowa i skórna, tak wielka, że chory prosił usilnie, aby go nie dotykać i żalił się, że nawet przy poprawianiu koca, służącego do okrywania, doznaje bólu. Przebieg ciepłoty był zupełnie nieregularny; przeważał typ zwalniający, ale w niektórych dniach zdarzały się godziny, w których ciepłota dosięgała zaledwo 37° C. Zwolnienia przydarzały się bądź rano, bądź też w godzinach popołudniowych lub wieczornych. Najwyższe wzniesienia, zauważane kilkakrotnie, wynosiły 39·5° C. Tętno nie dotrzymywało stale kroku ciepłocie. Przy wysokiej gorączce liczono najwyżej 128 uderzeń, zazwyczaj wynosiła liczba tętna między 84 a 100 w minucie. Bardzo niemiłym objawem było stałe zapacie stolca; wypróżnienia następowały najczęściej dopiero po znaczniejszych dawkach leków przeczyszczających i po lewatywach. Niemniej przykre były dla chorego poty, niekiedy niezwykle obfite.

W dziesiątym dniu pobytu chorego na oddziale, t. j. 19. kwietnia, nastało pewne zwolnienie objawów, gorączka zmniejszyła się, przeczulica stała się mniej dotkliwą. Ale już wieczorem 21. IV. nastało nowe znaczne podniesienie ciepłoty i pojawiła się dawna obolałość ciała. Rano 22. IV. stwierdzono znowu bolesność kręgosłupa, zwłaszcza w części szyjnej, a nadto zaczerwienienie skóry kolana prawego i znaczny bolesny obrzęk całego stawu kolanowego. Pogorszenie trwało do 24. kwietnia. Przez następne dwa dni czuł się chory znacznie lepiej, nie gorączkował zupełnie. W nocy z 26. na 27. kwietnia wystąpiły, jako objaw nowy, nie spostrzegany w dotychczasowym przebiegu choroby, kilkakrotne wymioty; rano 27. IV. stwierdzono obok gorączki, sięgającej 38·5° C., znaczne napięcie mięśni karku, bolesność czaszki i kręgów szyjnych, ogólną przeczulicę, a nadto niedowład mięśni twarzy po stronie prawej i prawej połowy języka. Dalszy postęp choroby zaznaczył się nowem pogorszeniem dnia 1. maja. Nie było ono tak wielkie, jak poprzednio, ale i tym razem zjawiły się objawy ze strony układu mięśniowego w postaci niedowładów mięśni w kończynie górnej lewej. Niedowład był tak znaczny, że chory z wielką tylko trudnością mógł rękę zwinąć w pięść lub poruszać nią w stawie nadgarstkowym. Niedowład nie trwał w tym stopniu długo. Już 6. maja można było stwierdzić wyraźną poprawę. Przy badaniu zapisano wtedy w historyi choroby: Stan chorego zadowalniający, ciepłota ciała od kilku dni prawidłowa, chory jest w zupełnie dobrem usposobieniu, przeczulica skórna i mięśniowa ustąpiła prawie zupełnie, czaszka i kręgosłup przy ucisku i opukiwaniu niebolesne. Porażenie n. twarzowego i podjęzykowego utrzymuje się, ale nie jest już tak znaczne, jak poprzednio. Siła kończyny górnej lewej zwiększyła się. Zginacze palców działają dobrze, najwyraźniejszy niedowład stwierdzić można w zginaczach nadgarstka, zwłaszcza w zginaczu łokciowym. Pobudliwość me-





chaniczna tych mięśni nieco jeszcze zmieniona, skurcz po uderzeniu młotkiem opukowym powstaje wolno, posiada falisty charakter. Przy badaniu prądem przerywanym stwierdzić można również falistość skurczów. Oddziaływanie na prąd stały o tyle zmienione, że skurcze powstają przy tej samej sile prądu podczas zamykania katody i anody.

Około połowy maja ustąpiło zupełnie porażenie mięśni kończyny. Niedowład n. twarzowego i podjęzykowego zmniejszył się, ale zawsze jeszcze był dość wyraźny. Z tego czasu pochodzą fotografie chorego. Na jednej z nich (rys. 2) widać wygładzenie prawego fałdu nosowo-policzkowego i opadnięcie prawego kąta ust, jako wyraz porażenia n. twarzowego, na drugiej (rys. 3) występuje na jaw mniejsza objętość i zwiotczenie prawej połowy języka, jako następstwo porażenia prawego nerwu podjęzykowego. Zmiany te utrzymywały się w dalszym ciągu aż do wypuszczenia chorego z oddziału dnia 1. czerwca, malały jednak stopniowo i nie sprawiały choremu żadnych trudności, tak, że pod względem czynnościowym nie trzeba ich było brać w rachubę.

Przebieg choroby był w tym przypadku nacechowany skłonnością do zwolnień i zaostrzeń, sprawa zapalna czyniła postępy etapami. Z samego początku nie było zupełnie jakichkolwiek porażeń, a cały obraz naśladował do pewnego stopnia obrazy, spotykane w lżejszych postaciach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Objawy składające się nań znane są lekarzom, którzy mieli sposobność spostrzegać znaczniejszą liczbę przypadków choroby Heine-Medina w czasie nagminnego jej panowania, a Wickman odróżnił nawet, jak to zaznaczyliśmy na wstępie, oponową postać choroby. W tym okresie można było myśleć także o ostrym gośćcu, zwłaszcza wtedy, gdy do wielkiej bolesności kręgosłupa przybyło zapalenie stawu kolanowego. W tym czasie przedstawiała się sprawa bardzo niejasno. Istota choroby rozjaśniła się zupełnie dopiero z tą chwilą, kiedy w dalszym przebiegu pojawiły się porażenia, najpierw w zakresie nerwów opuszkowych, później także rdzeniowych. Rodzaj porażeń był tak cechujący, że co do pochodzenia ich nie można było mieć żadnych już wątpliwości, trzeba je było położyć na karb zmian w tych częściach układu nerwowego, w których się mieszczą odżywcze komórki zwojowe dla mięśni. Bardzo korzystny przebieg choroby i względnie rychłe ustępowanie niedowładów mięśniowych uprawnia do wniosku, że rozmiary sprawy zapalnej nie były znaczne i nie wyłączały zupełnego, albo prawie zupełnego powrotu do stanu prawidłowego chorych części rdzenia kręgowego i rdzenia przedłużonego. Za temsamem przemawia zresztą także wynik badania pobudliwości elektrycznej mięśni, w którym brakuje objawów wyraźnego odczynu zwyrodnienia.

Przypadek III. Jozo L., wieśniak, wyzn. rzym.-kat, lat 45, z okolicy Sarajewa, przyjęty na oddział 8. lipca 1913.

Wywiady, podane przez towarzyszy, którzy chorego odwieźli do szpitala, bardzo niedokładne. Według opowiadania rozpoczęła się choroba przed 12 dniami wysoką gorączką z utratą przytomności. Po wyzdrowieniu podał chory, że po jednej stronie — po której, nie wie — wystąpiło przemijające porażenie. Widocznie utrata przytomności nie była trwała.

Przy badaniu dnia 9. lipca znaleziono: Chory stale niezupełnie przytomny, zupełnie bierny, jedynie tylko przy ucisku skóry i mięśni stęka i usuwa się. Na pytania albo zupełnie nie odpowiada, albo daje niezborne odpowiedzi. Mowa w wysokim stopniu utrudniona, bez dźwięku; odnosi się przy tem wrażenie, że język jest bezwładny i porusza się w ustach dopiero przy niezwykłym wysiłku. W zakresie nerwów ocznych zmian niema. Lewy kąt ust wyżej ustawiony, wyraźnego niedowładu n. twarzowego dostrzedz jednakże nie można. Wargi suche, język dość znacznie obłożony, zwłaszcza w środku i ku tyłowi. Błona śluzowa gardła okazuje zmiany nieżytowe średniego stopnia. Ruchy podniebienia miękkiego przy wydawaniu głosu słabe, powolne. W płucach nieżyt, ograniczony do dolnych części. W sercu zmian niema. Tętno około 100. Brzuch nieco wzdęty, zwłaszcza podbrzusze, skutkiem wypełnienia pęcherza moczowego, którego dno sięga prawie do pępka. Wątroba i śledziona nie macalne; śledziona, oznaczona przez opukiwanie, wydaje się wszakże powiększona. W układzie mięśniowym skrzyżowane zmiany w mięśniach kończyn. Mięsień dwugłowy ramienia prawego nie kurczy się prawie zupełnie po uderzeniu młotkiem opukowym, odczyn mięśni przedramienia po tejże stronie znacznie słabszy, aniżeli po przeciwnej. Bardzo słaby skurcz udaje się wywołać w mięśniach kończyny dolnej lewej; odruchu kolanowego po tej stronie niema. Dnia następnego, t. j. 10. lipca, stwierdzono lepszy nieco stan ogólny; chory mniej apatyczny, troszczy się nawet o siebie i o swoje zdrowie. Mowa tak samo, jak poprzednio, utrudniona. Prawy nerw twarzowy niedowładny. Zmiany w kończynie górnej prawej i dolnej lewej ustąpiły, natomiast pojawiły się w górnej lewej i dolnej prawej. Porażenie pęcherza trwa dalej. Mocz trzeba stale wypuszczać cewnikiem. Wypróżnienia jelit występują dopiero po wlewaniach do kiszki. Ciepłota ciała nieco niższa. Badanie krwi wykazuje znaczne zwiększenie ilości ciałek białych — 20.000. Stosunek poszczególnych rodzajów ciałek białych zmieniony na korzyść limfocytów. Naliczono: c. neutrochłonnych 52%, przejściowych 4%, limfocytów 40%, eozynochłonnych 4%. Płyn rdzeniowy jasny, zawiera niewiele limfocytów. 12. lipca zapisano o przebiegu choroby: Chory znacznie swobodniejszy. Ciepłota ciała, która w pierwszych dwóch dniach pobytu chorego na oddziale wahała się w granicach między 39·4° a 38° C., w trzecim zaś dniu między 38° a 36·9° C., opadła do stanu prawidłowego; tętno w godzinach rannych 68. Mowa jeszcze niezupełnie prawidłowa, ale znacznie łatwiejsza, aniżeli poprzednio. Niedowład n. twarzowego po stronie prawej ustąpił. Siła kończyn po obu stronach równa. Odruchy kolanowe zaledwo zaznaczone. Niedowład pęcherza zmniejszył się o tyle, że chory może już częściowo sam mocz oddawać; pęcherz nie wypróżnia się jednak zupełnie doszczętnie.

W ciągu dni następnych można było z dnia na dzień śledzić szybkie bardzo zdrowienie, nie przerwane żadną niespodzianką. Przy badaniu dnia 23. lipca przed wypuszczeniem chorego ze szpitala nie znaleziono żadnych zboczeń ani w zakresie nerwów czaszkowych, ani rdzeniowych. Stan ogólny był najzupełniej dobry.

Wobec zapatrywań o zejściu choroby Heine-Medina w sporadycznej jej postaci zasługuje ten przypadek na uwagę w wyższym jeszcze stopniu, aniżeli dwa poprzednie spostrzeżenia, tembardziej, gdy uwzględnimy wiek chorego. Stoi on w zupełnej sprzeczności z zasadą, według której porażenia ustępować mogą w pewnej tylko części. Niedowłady mięśni ustąpiły tu najzupełniej, tak, że mówić można było o idealnem wyzdrowieniu chorego. Zaznaczyć także należy, że porażenia były raczej tylko przelotnej natury i odznaczały się bardzo nieznacznem nasileniem. Najwyraźniejsze było porażenie pęcherza i utrzymywało się najdłużej. Niezwykle długo utrzymywała się u chorego wysoka ciepłota ciała. O ilebyśmy się opierali na wywiadach, trzebaby przyjąć, że gorączka trwała przeszło dwa tygodnie.

W obrazie krwi panowała wyraźna limfocytoza, poczytywana za jeden z cechujących objawów choroby Heine-

Medina. Natomiast ilość ciałek białych, znacznie wyższa od prawidłowej, stawiała przed oczy takie same wyniki badań krwi, wykonanych w jednej z epidemii w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, różne od wyników, otrzymywanych przez lekarzy europejskich, którzy zasadniczo spotykali się z leukopenią.

Przy porównaniu wszystkich tych trzech przypadków uderza pewne podobieństwo przebiegu choroby pod względem siedziby porażeń; w każdym zajęte były nerwy opuszkowe. W przypadku pierwszym i trzecim wystąpiło porażenie pęcherza. Mimowoli nasuwaćby się mogło przypuszczenie, że jest między nimi bliższa epidemiczna łączność. Przemawia wszakże przeciw temu przedewszystkiem ten szczegół, że zachorzenia rozdzielone są od siebie dość znacznym okresem czasu, a niemniej i ta okoliczność, że o jakiejkolwiek styczności między chorymi nie mogło być mowy. Zapytać wreszcie należy, dlaczego w najbliższem otoczeniu chorych ani przed ich zasłabnięciem, ani też później nie było przypadków tej samej choroby. To też uważać je trzeba za czysto sporadyczne zachorzenia. Jako takie nadają się one bardzo dobrze do tego, aby ze stanowiska klinicznego wskazać na zupełną zgodność objawów i przebiegu choroby w postaciach sporadycznych i nagminnych, a tem samem dostarczyć jednego dowodu więcej na poparcie twierdzenia, że obie te postacie są temi samemi jednostkami chorobowemi, że w obu przydarzać się mogą jednakowe obrazy, zarówno w okresie ostrym, kiedy nie ma jeszcze porażeń, jak i w okresie powstawania niedowładów. Zupełnie podobnem jest także i zejście choroby. I w sporadycznej postaci, nawet u dorosłych osób, spodziewać się można powrotu do zupełnego zdrowia.

O leczeniu choroby Heine-Medina powiedzieć można bardzo tylko niewiele. Leku swoistego nie posiadamy dotychczas, próby stosowania seroterapii zawiodły oczekiwania. Ograniczać się trzeba do leków nieswoistych. U naszych chorych stosowaliśmy dwa z nich: urotropinę i elektrargol. O ile działaniu ich przypisywać wolno korzystny przebieg choroby w tych przypadkach, nie sposób rozstrzygać. W drugim przypadku odnosiliśmy w każdym razie wrażenie, że stan chorego poprawiał się nieco.

W okresie porażeń stosowano kąpiele słone, miesienie i prąd elektryczny skombinowany, polecane już oddawna.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Luksch. **Nowsze badania nadnerczy.** (Prag. med. Woch. 1913 Nr 26). Najwięcej trujące dla innych zwierząt są nadnercza koni i wołów. Kora jest zwykle nie trującą, tylko substancya rdzeniowa. Zawartość adrenaliny w nadnerczu jest u człowieka większa zaraz po urodzeniu, niż w pierwszym roku życia, potem zwiększa się stale do 30. roku życia, pozostaje stałą do 60. r. ż., następnie zaczyna się zmniejszać. Przy przewlekłych chorobach zakaźnych, n. p. gruźlicy, dalej przy nowotworach i krwotokach mózgowych spotykamy zmniejszenie, przy zapaleniu nerek, wadach serca i zatorach tętnicy płucnej zwiększenie ilości adrenaliny. K.

Schwarz. **Pobudzenie wzrostu tkanek roślinnych i zwierzęcych przez promienie Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 39). Utarło się zapatrywanie, że promienie Röntgena działają szkodliwie na wzrost młodych ustrojów. I tak jest rzeczywiście, jeżeli stosujemy je w dawkach większych. Natomiast, jak to wykazują doświadczenia autora na roślinach kiełkujących i zarodkach zwierzęcych, małe dawki promieni działają wprost odwrotnie, bo pobudzają młode tkanki do wzrostu. Tem też tłómaczyć sobie należy, że czasem leczenie promieniami Röntgena wywołać może nawet wzrost nowotworów, a także powstawanie raków u osób, zawodowo pracujących w rentgenoterapii. Co do dawki, potrzebnej do pobudzenia tkanek, to musi ona być bardzo małą, około $^1/_{12}$. Słabe naświetlania działają też korzystnie na rany ziarnkujące. K.

Katzenstein. **W sprawie powstawania wrzodu żołądka. Doświadczalne wywoływanie wrzodu.** (Arch. f. klin. Chirurg. 101. I). Przez niszczenie antypepsyny udaje się u zwierząt wywoływać typowe wrzody żołądka, przyczem najtrudniej goją się wrzody usadowione w okolicy odźwiernika. I tak wywołać można wrzody przez przypalanie lub ranienie ściany żołądka z równoczesnem wstrzykiwaniem kwasów do żołądka lub do obiegu krwi. Wrzód żołądka powstaje więc na tle mechanicznego uszkodzenia ściany, przyczem niema on tendencyi do gojenia się, gdy ilość pepsyny jest wzmożona, a antypepsyny zmniejszona. K.

Apolant. **O stosunku śledziony do czynnej odporności przeciw nowotworom.** (Zeit. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. 17 I). Z badań swoich i innych autorów dochodzi A. do wniosku, że śledziona odgrywa wielką rolę w odporności ustroju przeciw nowotworom. W samej śledzionie przerzuty nowotworów prawie nie występują. U zwierząt odpornych na szczepienie danego nowotworu przyjmuje się tenże po wycięciu śledziony. Podobnie udaje się zaszczepić zwierzętom po wycięciu śledziony mało złośliwe hodowle nowotworu, które zresztą u zwierząt prawidłowych nie przyjmują się. Również i inne doświadczenia przemawiają za tem, że śledziona pozostaje w ścisłej łączności z odpornością przeciw nowotworom. K.

Jungmann. **Zależność czynności nerek od układu nerwowego.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 32). W badaniach swych na zwierzętach starał się autor rozstrzygnąć sprawę zależności czynności nerek od układu nerwowego i doszedł do przekonania, że jest ona ścisłą. W mózgu wykazać można miejsce, którego uszkodzenie wywołuje stale zwiększenie się moczenia i zawartości soli, tak że nazwał je »Salzstich« na wzór nakłucia Cl. Bernarda, zwanego »Zuckerstich«. Tłomaczyłoby to nam powstawanie cukrzycy wrzekomej po urazach czaszki. Powiększenie ilości moczu dotyczy obu nerek i da się wywołać z każdej półkuli. Podobne objawy występują przy przecięciu nerwu trzewnego, ale tylko w odpowiedniej nerce. Miejsce do nakłucia wyszukiwał autor w ten sposób, że dochodził do IV komory i następnie cienkim nożykiem kataraktowym robił nakłucie powrózka obłego (funiculus teres) mniej więcej w tej wysokości, gdzie robak móżdżku przechodzi nad rdzeniem przedłużonym. K.

Prof. Ilvento. **Badania nad yoghurtem, używanym w Trypolisie.** (La Rif. med. Nr 26 1913). I., który badania swe prowadził podczas najazdu włoskiego na Trypolitanię, miał sposobność dostania tylko 2 rodzajów fermentu yoghurtu. Sposób, jakiego używają krajowcy w celu sporządzenia tego środka, zarazem leczniczego i odżywczego, jest następujący: Mleko gotuje się około $^1/_2$ godziny; po ostygnięciu do 40° C. wkłada się do niego zaczyn w ilości 2 łyżek kawowych na 1 litr mleka, poczem naczynie obwija się słomą lub wełną; po 3—5 godzinach mleko przedstawia jednolitą, miękką, skrzepłą masę o smaku i zapachu kwaskowatym. Część tego skrzepu, przechowywana w miejscu chłodnem, służy jako ferment przy następnem sporządzaniu yoghurtu. I. powtarzał ten sam zabieg w pracowni z pewnemi zmianami: 1 litr mleka gotował przez godzinę, po

ochłodzeniu dodawał 10 cm³ fermentu yoghurtu i wstawiał do cieplarki przy ciepłocie 45° C. Po 3—6 godzinach skrzepnięcie mleka było zupełne; kwaśność obliczona na 100 cm³ mleka wynosiła 99 cm³ $^1/_{10}$ N ługu potasowego, z uwzględnieniem zaś tylko stałych kwasów (kwas mleczny) 92 cm³ $^1/_{10}$ N. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne fermentu wykryło obecność czterech rodzajów drobnoustrojów. Pierwszy rodzaj z nich oznacza I. nazwą dwoinko-paciorkowców (diplostreptococci); są to dwoinki duże, owalne, ułożone na kształt ziarnek kawy, zwróconych do siebie płaską powierzchnią, czasem, zwłaszcza w hodowlach mlecznych, tworzą krótkie łańcuszki. Barwią się dobrze wszystkimi barwikami anilinowymi i sposobem Grama. Drugi rodzaj stanowią laseczniki długie, grube, na końcach zaokrąglone, układające się w długie nitki. Podobnie, jak poprzednie, barwią się wszystkimi barwikami anilinowymi i sposobem Grama. Laseczniki te ze względu na ich morfologię i zachowanie się w hodowlach, należy uważać za bardzo nieznaczną odmianę lasecznika bułgarskiego. Trzeci rodzaj drobnoustrojów, spotkanych przez I. w oryginalnym fermencie yoghurtu, przedstawiał typ lasecznika, zbliżony do prątka okrężnicy; prątek ten jest nieruchomy, sposobem Grama się odbarwia. Czwarty wreszcie i ostatni rodzaj stanowiły komórki drożdżowe, kształtu cylindrycznego z bocznymi lub końcowymi pączkami; okazują one skłonność do tworzenia niby-grzybni. Około 25% tych tworów zawiera zarodniki w środku, lub na końcu komórki. W bulionie z dodatkiem 4% cukru wytwarzają na powierzchni obfitą białawą warstwę, która po paru dniach opada na dno, a na jej miejsce powstaje nowa. Próby co do wywoływania przez nie fermentacyi alkoholowej były zawsze ujemne. Drugi rodzaj fermentu yoghurtu miał pochodzić z mleka, które samoistnie ulegało krzepnięciu i fermentacyi kwaśnej. Sposób przyrządzania yoghurtu zapomocą tego fermentu był na ogół takisam, jak i przy pierwszym; także i badanie bakteryologiczne wykazało obecność takichsamych 4 rodzajów drobnoustrojów. Ze ścisłych badań autora wynika, że ścinanie kazeiny i fermentacya kwaśna węglowodanów mleka zależy od działania dwoinko-paciorkowców i lasecznika bułgarskiego, zawartych w rozczynie yoghurtu. Prątek zaś o typie prątka okrężnicy i komórki drożdżowe mają prawdopodobnie jakieś znaczenie przy przechowywaniu fermentu, jednakże ani się nie rozwijają, ani też nie wywołują żadnej czynności fermentacyjnej przy 45° C, a więc w ciepłocie, w której właśnie odbywa się ścinanie i zakwaszanie mleka. Na ścinanie kazeiny i kwaśną fermentacyę wpływa złożone działanie lasecznika bułgarskiego i dwoinko-paciorkowców; ich symbioza ma wielkie znaczenie tak co do szybkości i nasilenia działania, jak i co do zachowania zdolności fermentacyjnej każdego z tych 2 rodzajów bakteryi. Samo zaś krzepnięcie kazeiny zależy prawdopodobnie od złożonego działania kwasu mlecznego, wytworu fermentacyi węglowodanów zawartych w mleku, i od działania jakiejś koagulazy, wydzielanej przez lasecznika bułgarskiego, a czynnej przy 45° C. w środowisku kwaśnem. Jako uboczne wytwory fermentacyi mlecznej, wywołanej fermentem yoghurtu, powstają lotne kwasy i w skąpej ilości alkohol etylowy. Otrzymanie czystej hodowli lasecznika bułgarskiego, którego wraz ze wspomnianymi dwoinko-paciorkowcami wykryto w Trypolisie także i w mleku naturalnem — jest dość trudne; najlepiej rośnie on w mleku przy 45° C, wyodrębnić zaś go najłatwiej na agarze z domieszką serwatki. Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

Oberndorfer. **Kiłowe schorzenie aorty.** (Münch. med. Woch. 2913. 10). Aż do ostatnich czasów nie doceniano częstości zmian kiłowych aorty; autor znalazł na 1436 sekcyi w ostatnich $2^1/_2$ latach 99 przypadków kiły aorty, czyli 6·89%, a schorzenie to było przyczyną zejścia śmiertelnego właśnie w sile wieku. Ta częstość wymaga koniecznie, by możliwie wcześnie rozpoznawano kiłę aorty; wiele dopomaga nam do rozpoznania odczyn Wassermanna. Co się zaś tyczy leczenia, to w tych przypadkach salwarsan może oddać wielkie usługi. N.

Weichsel. **Niedokrwistość złośliwa kiłowa.** (Münch. med. Woch. 1913. 21). W jednym przypadku niedokrwistości złośliwej na pewnem tle kiłowem nastąpiła po leczeniu salwarsanem bardzo wyraźna poprawa; w podobnych więc przypadkach należy stosować ten środek leczniczy. N.

Weber. **Wstrzykiwania małej ilości krwi ludzkiej do żył w celu leczenia ciężkich niedokrwistości.** (Münch. med. Woch. 1913. 24). Autor, który już przed kilku laty polecał leczenie ciężkich niedokrwistości zapomocą małych ilości odwłóknionej krwi ludzkiej (około 5 cm³), podaje w dalszym ciągu spostrzeżenia i dobre wyniki tego sposobu leczenia. Dla uniknięcia objawów odczynowych, które zawsze w niektórych przypadkach występują, zaleca W. krew odwłóknioną pozostawiać przez 24 godzin w lodowni przed wstrzyknięciem. Te małe przetaczania krwi przenosi autor nad przetaczanie większych ilości krwi, gdyż są o wiele mniej niebezpieczne, a odnoszą tensam skutek. N.

Siess i Stoerk. **Obraz krwi przy konstytucyi limfatycznej.** (Wien. med. Woch. 1913). Chociaż dotąd badania krwi w schorzeniach gruczołów limfatycznych przewlekłych i ostrych nie dawały właściwego, jednolitego obrazu, przecież wydawało się autorom rzeczą ciekawą stwierdzić, czy nie da się wykazać pewnych charakterystycznych zmian w obrazie krwi u tych ludzi, u których bez tła zakaźnego lub nowotworowego wzmaga się tkanka adenoidalna. Studya hematologiczne w stanie grasiczno-limfatycznym (status thymico-lymphaticus), dla którego charakterystycznem jest często bardzo znaczne zwiększenie tkanki limfadenoidalnej, dotąd stały odłogiem, choć tak częsta obecność czerwonego szpiku kostnego u limfatyków, oraz tak częste powikłanie limfatyzmu z błednicą zwracały w tym kierunku uwagę. Wyniki autora są następujące: Ilości ciałek czerwonych nie różniły się wcale od ilości prawidłowych, wahały się między 3 a 5 milionami; to samo tyczy się ilości hemoglobiny wzgl. wskaźnika barwliwości. Ilość ogólna ciałek białych wbrew rozpowszechnionemu przekonaniu nie jest wcale nieprawidłowo nizką, tak że niema mowy o stałej leukopenii u limfatyków; także i bezwzględna ilość wielojądrzastych neutrofilów nie wykazuje stałej różnicy od ilości prawidłowych. Ilość limfocytów bywa względnie, a nie istotnie zwiększona; ilości bezwzględne limfocytów wynosiły w badaniach autorów rzadko ponad dwa tysiące. Wielkie ciałka jednojądrzaste i komórki przejściowe wykazują wartości prawidłowe, natomiast eozynochłonne dają bardzo nizkie cyfry. Płytki krwi znajdowano zawsze obficie. Dla stwierdzenia, jak zachowa się narząd krwiotwórczy limfatyka pod wpływem swoistych podniet, wstrzykiwali autorowie żelatynę według Decastella i Kriukowa i doszli do następujących wyników: Wzrost ilości krwinek neutrofilnych jest znacznie mniejszy, niż u człowieka zdrowego, spadek ilości limfocytów również mniejszy; ciałka jednojądrzaste i przejściowe oddziaływały u limfatyka podobnie, jak u człowieka zdrowego, choć pomnożenie ich wogóle wydawało się nieco mniejszem; na ciałka eozynochłonne i wielojądrzaste bazofilne wstrzykiwania wywierały mały wpływ. Autorowie, zbierając swe wyniki, dochodzą do przekonania, że obraz krwi u limfatyka nie różni się istotnie od obrazu prawidłowego; najznamienniejsze jest występowanie dużej ilości płytek i bardzo nizkie cyfry ciałek eozynochłonnych; wogóle niema ani wyraźnej leukopenii, ani bezwzględnej limfocytozy; tak granulocyty, jakoteż i limfocyty, oddziałują u limfatyka na zewnętrzne wpływy leniwiej, niż u człowieka prawidłowego. N.

Hauck. **Samorodny śmiertelny krwotok mózgowy u krwawca.** (Münch. med. Woch. 1913. 21). U krwawca, który w dawnych latach kilkakrotnie przebywał szczęśliwie

ciężkie krwawienie, wystąpił bez zadziałania jakiegokolwiek urazu śmiertelny krwotok mózgowy, który, sądząc z przebiegu i obrazu sekcyjnego, prawdopodobnie tworzył się z małych z początku i ograniczonych ognisk krwotocznych. Oczywiście wszelkie leczenie w tych razach jest bezskuteczne. N.

Herzfeld i Stocker. **Obecność kwasu moczowego w prawidłowej i patologicznej ślinie.** (Zentrblt. f. klin. Med. 1913. 30). Z badań autorów wynika, że zwiększenie ilości kwasu moczowego w ślinie stwierdza się prawie we wszystkich tych przypadkach, w których kwas moczowy występuje w ilości wzmożonej i we krwi. Stąd według zdania autorów polecenia godną jest rzeczą w tych przypadkach, w których nie można brać do badania krwi, badać kwas moczowy w ślinie. N.

Pal. **Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem papaweryny.** (Wien. med. Woch. 1913. 17). Wynik badań doświadczalnych autora streszcza się w zdaniu: Papaweryna obniża napięcie (tonus) mięśni gładkich. To działanie jest obwodowe i występuje, gdy np. poprzednio zwiększy się napięcie mięśni gładkich z pomocą środków, (trucizn) wzmagających napięcie. Autor spostrzegał to działanie papaweryny obniżające napięcie w całym przewodzie pokarmowym, następnie stwierdził je na mięśniach oskrzeli, dalej na mięśniach pęcherza moczowego i macicy (zwłaszcza po podaniu pituitryny i uzary); wpływu na pęcherzyk żółciowy jeszcze nie badał. Działanie na krążenie jest częścią przejściowe, częścią stałe i, jak wynika z badań onkometrycznych, powstaje ono wskutek rozszerzenia naczyń obwodowych, zwłaszcza naczyń trzewnych. Po wstrzyknięciu mieszaniny adrenaliny i papaweryny w stosunku 1:100 nie otrzymuje się wzmożenia ciśnienia. Papaweryna znosi również wpływ podniet czuciowych na ciśnienie oraz mięśnie gładkie podczas całego trwania swego działania. Niezależnie od obniżenia napięcia wywołuje papaweryna przyspieszenie tętna i usuwa niektóre postacie niemiarowości tętna, zwłaszcza toksyczne. Klinicznie okazała się papaweryna skuteczną 1) w stanie bronchospastycznym w dychawicy oskrzelowej na szczycie napadu, zastosowana zapomocą wstrzykiwań podskórnych, oraz poza napadami, podawana przez dłuższy czas wewnętrznie; 2) w stanach kurczowych w zakresie przewodu pokarmowego, a więc przy kurczu odźwiernika, oraz w stanach kurczowych jelit. Wielkie znaczenie ma papaweryna w związku z innymi środkami, na co zresztą wskazuje już jej rola w makowcu. Wpływ jej nie zaznacza się przez działanie czynnościowo przeciwnicze, przez co otrzymuje się skutek przytłumiający, regulujący. N.

Mehler i Ascher. **Przyczynek do chemoterapii gruźlicy. Próby z borcholiną.** (Münch. med. Woch. 1913. 14). Autorowie w próbach swych nad działaniem borcholiny (soli cholinowej) w gruźlicy doszli do następujących wyników: 1) Lecytyna i produkty rozpadu lecytyny (n. p. cholina) mają wielką siłę bakteryologiczną także i względem bakteryi gruźliczych, jak to zresztą wykryli Deycke i Much. 2) Produkt rozpadu lecytyny, cholina, jako sól dość luźnie związana, czyli t. zw. borcholina, może być stosowana bez szkody dla chorego nawet w stosunkowo dużych dawkach. 3) W ostrych przypadkach gruźlicy wywołuje borcholina typowy odczyn. 4) Próby lecznicze wykazały użyteczność borcholiny w gruźlicy. 5) Czy borcholina okaże się w dalszym ciągu dobrym środkiem przeciwgruźliczym, mogą stwierdzić dopiero dalsze badania. N.

Wagner. **Przyczynek do leczenia policytemii upustami krwi.** (Münch. med. Woch. 1912. 8). Upusty krwi, systematycznie stosowane, dają w leczeniu policytemii dobre wyniki, zmniejszając znacznie przedmiotowe bardzo przykre dolegliwości i sprawiając choremu znaczną ulgę. Systematyczne leczenie upustami krwi jest wskazane przy wtórnej hyperglobulii, o ile pierwotne schorzenie nie da się usunąć. Wynik pomyślny leży prawdopodobnie we wzmożeniu zawartości tlenu we krwi, przez co usuwa się część ciałek czerwonych krwi, służącą jako wyrównanie zmniejszonej zawartości tlenu. W pierwotnej natomiast policytemii, w której występuje zwiększenie zawartości tlenu we krwi, oraz wzmożona wymiana gazów, nie można spodziewać się po upustach krwi dobrych wyników, a nawet są one przeciwwskazane. N.

Fraenkel. **Środki uśmierzające kaszel i nowy środek kodeinowy.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Autor poleca parakodynę, dwuhydrokodeinę, w postaci proszku lub pastylek. Na mocy własnego doświadczenia twierdzi F., że parakodyna szybciej niż kodeina uśmierza kaszel, często już po kilku minutach. Działanie parokodyny trwa dłużej, niż dwa razy nawet silniejszej dawki kodeiny, ale już i w bardzo małych dawkach wywołuje parakodyna odurzenie, czego nigdy nie spotyka się przy zastosowaniu kodeiny. Podawać należy 3 razy dnia w dawkach 0,025 w postaci soli kwasu winnego. H. S.

Piotrowski. **Nowy odruch antagonistyczny.** (Now. lek. 1913 zesz. 4). Na podstawie własnych spostrzeżeń podaje autor odruch, spotykany w przypadkach organicznej choroby ośrodkowego układu nerwowego, a mogący mieć ważne znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza wtedy, gdy niema objawu Babińskiego, Oppenheima i innych. Uderzywszy w mięsień piszczelowy przedni spostrzegał P. albo 1) odruchowy zwrot i zgięcie grzbietowe nogi (odruch mięśnia piszczelowego przedniego), odruch, nie napotykany zwykle u ludzi zdrowych i nie będący odruchem patologicznym, a tylko z powodu zmiany swego charakteru stający się objawem chorobowym u cierpiących na organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, albo 2) odruchowe zgięcie podeszwowe nogi (antagonistyczny odruch stopowy) nie napotykane u zdrowych, a którego obecność wskazuje na organiczną chorobę układu nerwowego. Wreszcie 3) spostrzegał P. odruchowe zgięcie podeszwowe palców (odruch antagonistyczny palców) który zdaje się stanowi objaw chorobowy podobnie, jak i poprzedni. H. S.

Glaessner i Kreuzfuchs. **Skurcz odźwiernika.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Na ruchy żołądka wpływa nietylko wydzielina samego żołądka, ale i części przewodu pokarmowego poza nim leżących, głównie zaś dwunastnicy. W warunkach prawidłowych, przy prawidłowej kwaśności soku żołądkowego i nieuszkodzonej dwunastnicy występuje zamknięcie odźwiernika z tą chwilą, gdy treść pokarmowa przejdzie do dwunastnicy. Jednocześnie napięcie ściany żołądka się zmniejsza, ruchy jego ustają. Z chwilą, gdy kwaśna treść zostaje w dwunastnicy zobojętniona, powracają znowu ruchy żołądka, a skurcz odźwiernika znika. Przy wrzodzie żołądka skurcz odźwiernika występuje natychmiast po wypełnieniu żołądka pokarmem i połączony jest z silnym bólem, co jest znamiennym objawem wrzodu żołądka. Przy schorzeniach dwunastnicy, dróg żółciowych czy trzustki występuje t. zw. spóźniony skurcz odźwiernika, połączony z bólem, bezpośrednio zaś po jedzeniu chorzy czują ulgę i na ból się nie skarżą. Bóle te są wywołane jedynie skurczem odźwiernika, nie zaś samą obecnością wrzodu; usunięcie operacyjne części odźwiernika usuwa bóle zaraz, i to trwale. Wprowadzenie kwasu solnego do żołądka nie wywołuje w warunkach prawidłowych żadnych zmian ruchowych. Jeżeli istnieje wrzód okrągły żołądka, to wprowadzony kwas solny wywoła bolesny odruchowy skurcz odźwiernika, o ile zaś wrzód był w dwunastnicy, to wzmaga się po wprowadzeniu HCl ruch robaczkowy i przyspiesza się opróżnienie żołądka z treści pokarmowej. A więc kwas sam przez się nie może wywołać skurczu odźwiernika; w grę wchodzi tu tylko stosunek kwaśności treści żołądka do zasadowości treści dwunastnicy. H. S.

Erne. **Badanie sprawności nerek zapomocą fenolosulfoftaleiny według Rowntree i Geraghty.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). Autor gorąro poleca metodę Rowntree-Geraghty badania sprawności nerek, ponieważ tę

metodę może łatwo wykonać nawet lekarz praktykujący w godzinie przyjęcia; metoda ta jest zupełnie nieszkodliwa. Wyniki można określać liczbami i łatwo można oznaczać zmiany zachodzące w sprawności nerki, czego inne metody nie pozwalają uczynić. Metoda ta wykazuje zaburzenia czynności wtedy, kiedy odczyn białka zawodzi. Przy zdrowych nerkach waha się granica wydzielania fenolosulfoftaleiny po wstrzyknięciu śródmięśniowem między 45% po pierwszej godzinie, a 70% po następnej godzinie. H. S.

Damask. **Przyczynek do leczenia gorączki w gruźlicy płuc.** (Wien. med. Woch. Nr 19 1913). Na podstawie półtorarocznego doświadczenia poleca D. wśródżylne wstrzykiwanie miedzi kolloidalnej (electrokuprol), jako bardzo skuteczne w leczeniu gorączki w gruźlicy płuc. Środek ten, stosowany w małych dawkach, wywołuje szybko spadek gorączki, jednocześnie wywiera wpływ skrzepiający na cały stan ogólny chorego. Zdaje się jednak, że korzystne przeciwgorączkowe działanie tego środka występuje tylko przy zakażeniu mieszanem, ogranicza się tylko do wywołania spadku gorączki, dotychczas bowiem nie udało się stwierdzić żadnych zmian w stanie fizycznym płuc. Leczenie miedzią kolloidalną wskazane jest w gruźlicy z wysoką gorączką. W przypadkach ze stanem podgorączkowym poleca D. stosowanie pigułek Hoedemakera, t. j. kombinacyi aspiryny i arsenu. Przeciwwskazanem jest podawanie ich przy skłonności do krwotoków, a w stanach podrażnienia stosowanie tego środka jest bezskuteczne. W przeciwieństwie do elektrokuprolu wywierają zwykle pigułki Hoedemakera wyraźny wpływ na miejscowe sprawy chorobowe, działają wzmacniająco, co uwidocznia się zwłaszcza w szybkim przyroście wagi chorego. H. S.

Pal. **Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem papaweryny.** (Wien. med Woch. 1913 Nr 17). Niesłusznem jest twierdzenie, że t. zw. dodatkowe alkaloidy w makowcu, a więc ciała grupy papeweryny nie wywierają swoistego działania. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że papaweryna obniża napięcie mięśni gładkich, działając obwodowo. Obniżenie to występuje tem wybitniej, jeśli mięśnie gładkie były poprzednio pobudzone przez morfinę, pantopon, muskarynę czy fizostygminę. P. stwierdził doświadczalnie działanie papaweryny na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego, oskrzeli i macicy. Papaweryna działa też na krążenie, wstrzyknięta śródżylnie obniża ciśnienie krwi, przyspiesza tętno i usuwa niemiarowość, zwłaszcza, o ile niemiarowość ta wywołana została zatruciem. Autor stosował papawerynę w celach leczniczych z pomyślnym wynikiem, a mianowicie: 1) w dychawicy oskrzelowej na tle skurczu oskrzeli, i to podskórnie na szczycie napadu, a wewnętrznie w przerwach między napadami; 2) wobec skurczu i podrażnienia w obrębie przewodu pokarmowego, a więc w kurczu wpustu żołądka, wymiotach uporczywych w ciąży, w wymiotach po zastosowaniu morfiny. Działanie nie jest zbyt długie. Na krążenie wpływa papaweryna, obniżając ciśnienie już w dawce 0.02—0,04 wewnętrznie, ale tylko, gdy poprzednio ciśnienie krwi było bardzo wysokie. P. poleca też stosowanie papaweryny w leczeniu morfinizmu. Działanie papaweryny w połączeniu z innemi ciałami, jak to ma miejsce w makowcu, nie polega na wspieraniu morfiny, ale raczej ma ona znaczenie niejako regulujące i łagodzące. H. S.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy

Posiedzenie w dniu 7. VII. 1913 r.

1) Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **Prądy czynnościowe nerwów i ich zależność od ciepłoty.** Na podstawie doświadczeń, wykonanych za pośrednictwem galwanometru strunowego, autor dochodzi do wniosku, że w nerwach podczas przenoszenia się stanu czynnego, podobnie jak w mięśniach, zjawia się prąd, który jednakże tem od niego się różni, że posiada tylko jedną fazę, mianowicie występuje tylko jako prąd adterminalny, fazy zaś drugiej galwanometr wcale nie okazuje. Prąd ten trwa bardzo krótko (0·0025—0·0030″ w ciepłocie pokojowej 18°). Dalsze badania wykazały, że czas trwania prądu zależy od ciepłoty i zmienia się ściśle według wzoru, podanego dla reakcyi chemicznych przez van't Hoffa i Arrheniusa, co stwierdza teoryę zależności prądu czynnościowego od zmian chemicznych.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. Zenona Wierzchowskiego p. t: **Studya nad działaniem maltazy na skrobię.** Wychodząc z założeń prof. Syniewskiego o budowie skrobi, autor zbadał przebieg hydrolizy skrobi kartoflanej przy pomocy maltazy z ziarn kukurydzy. Wyniki tych badań są następujące: Stwierdzono, że kukurydza zawiera znaczniejsze ilości łatwo rozpuszczalnej diastazy; dawniejsi badacze posługiwali się zatem mieszaniną dwóch enzymów. Sama maltaza, jako trudno rozpuszczalna, w małych tylko ilościach przechodzi do wyciągów wodnych. Preparaty, które autor otrzymywał przez wytrącanie alkoholem, zawierały ślady maltazy, a znaczne ilości diastazy, zwłaszcza wobec niszczącego wpływu alkoholu na pierwszy enzym. Do badań hydrolizy skrobi użyto zatem mączki z ziaren kukurudzy, dokładnie wyługowanej wodą celem usunięcia diastazy. Ta mączka zawierała prawie wyłącznie maltazę, diastaza pozostała tylko w śladach. Tak oczyszczona mączka kukurydzana scukrzała skrobię powoli w sposób charakterystyczny. Oddziaływania na pewne tylko wiązania w cząsteczce skrobi, jak tego można było spodziewać się na podstawie teoryi Syniewskiego, nie stwierdzono. Według tej teoryi, w procesie scukrzania maltazą, jeśliby ona była t. zw. p-diastazą, musiałby następować zastój lub znaczne zwolnienie z chwilą powstania około 40% glukozy. Produktem scukrzenia obok glukozy powinna być określona dekstryna. Tymczasem scukrzanie miało odmienny przebieg. Jego krzywa nie okazywała nigdzie przegięcia. Od początku powstawała glukoza i przez cały przebieg procesu, który doprowadzono do rozkładu $^{3}/_{4}$ części ukrytej skrobi, ona była jedynym produktem hydrolizy skrobi. Nie stwierdzono tworzenia się pośrednich produktów t. j. dekstryn. Przez cały przebieg scukrzania rozczyn barwił się jodem na niebiesko, gdyż w rozczynie, obok glukozy, znajdowała się niezmieniona jeszcze, rozpuszczalna skrobia. Wniosek stąd jest następujący: Maltaza z ziarn kukurydzy odrazu z jednakową szybkością rozszczepia wszystkie wiązania w cząsteczce skrobi, tak że ona rozpada się wprost na podstawowe elementy, cząstki glukozy. Maltazie więc, jako enzymowi, który dokładnie skrobię hydrolizuje, przysługuje przedewszystkiem nazwa amylazy.

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Józefa Zająca p. t.: **Badania nad wytwarzaniem się mechanizmów skojarzeń.** Autor badał powstawanie mechanizmów skojarzeń w następujący sposób: Osoba badana musiała uczyć się zestawień po dwa wyrazy. Kiedy zestawienia zostały zapamiętane, odbywano seryę wolnych kojarzeń, wtrącając pomiędzy podniety wyrazy z uprzednio nauczonych zestawień. Analiza porządku zapamiętywania zestawień, rezultatów jakościowych kojarzenia wolnego, a przedewszystkiem analiza czasów reakcyi, które stają się miarą sprawności mechanizmów skojarzeń, ustaliła fakty następujące: 1) Łatwiej zostają spamiętane zestawienia spotykane w życiu, niż niespotykane. 2) Łatwiej kojarzy się zgodnie z porządkiem przeżywania, niż w porządku odwrotnym. 3) Jeżeli przy wolnych kojarzeniach reakcye na podniety, pochodzące z wyuczonych zestawień, utrzymują się, czas reakcyi bywa przykracany. 4) W razie zmiany w wolnem kojarzeniu wyrazu wyuczonego na wyraz nowy, czas reakcyi przedłuża się. 5) Reakcye na podniety afektywnie nieobojętne zmie-

niają się przy wolnem kojarzeniu w ten sposób, by wyraz podniety połączony z wyrazem skojarzonym stwarzały sytuacyę pożądaną dla kojarzącego. 6) Błędy przy odtwarzaniu pamięciowem zestawień afektywnie nieobojętnych są też wyrazem dążności do zaspokojenia pragnień.

4) Czł. Ad. Beck przedstawia pracę p. W. Boguckiej p. t.: **Wpływ podniet afektywnych na czas rozpoznania.** Doświadczenia p. Boguckiej ustalają stosunek czasu reakcyi rozpoznawczej do czynników mogących wpływać na wahania tego czasu. Statystycznie stwierdzono, że najwybitniej zaznacza się wpływ dwóch czynników: 1) aktualności wyobrażenia, które ma być rozpoznane jako określona kategorya, 2) afektywnego zabarwiania tegoż wyobrażenia. Pierwszy czynnik przyśpiesza, drugi hamuje reakcyę. Między podnietami afektywnemi wyróżniono podniety związane z przeżyciami afektywnemi nieodreagowanemi, oraz podniety zespołów uczuciowych odreagowanych, t. j. uczuć znajdujących normalne ujście w życiu. Zahamowanie reakcyi dawały tylko pierwsze. Analiza osób badanych wykazała, że tylko przeżycia afektywne nieodreagowane zawierały u osób badanych pierwiastek silniejszej wzruszeniowości. Stąd wniosek, że zahamowanie reakcyi zależy od wzruszenia. Ograniczając (jak każdy proces afektywny) uwagę samorzutną do wyobrażenia, które je wywołało, wzruszenie hamuje wysiłek, dążący do odwrócenia uwagi na wykonanie reakcyi i wskutek tego następuje przedłużenie tej ostatniej. Przez analogię wykonano też analizę czasu reakcyi przy doświadczeniach skojarzeniowych.

5) Czł. St. Bądzyński przedstawia pracę p. Jerzego Brunnera p. t.: **O odporności czerwonych ciałek krwi.** Autor podaje wyniki doświadczeń w następujących przedmiotach: 1) Hemolityczne własności saponiny względem ciałek czerwonych niektórych zwierząt i antyhemolityczna zdolność surowicy krwi tych zwierząt; 2) wpływ upustów krwi na odporność ciałek czerwonych i na antyhemolityczne własności surowicy; 3) odporność ciałek czerwonych wobec wysokiej ciepłoty w stanie zdrowia i choroby u człowieka i zwierząt. Wyniki są następujące:

I. 1) W 37° C. hemoliza następuje znacznie prędzej, aniżeli w 21° C.; maximum działania osiągane bywa już po 30 minutach (w 37° C.). 2) 0·05 ciałek mytych rozczynem fizyologicznym ulega rozpuszczeniu w rozczynie saponiny różnego stężenia w zależności od rodzaju zwierzęcia, jak następuje: królicze w rozczynie 1:22200 do 1:33300, baranie w rozczynie 1:13300 do 1:20000, psie w rozczynie 1:20000, ludzkie w rozczynie 1:57000; hamujące własności surowicy (względem 1 dawki rozpuszczającej saponiny) wyrazić można w liczbach następujących: królicza 0·05 do 0·4, barania 0·2 do 0·35, psia 0·15, ludzka 0·05. 3) Ciałka krwi zarodków świńskich posiadają ten sam stopień odporności, jak ciałka zwierząt dorosłych; surowica zarodków nie posiada własności antyhemolitycznych.

II. 1) Upusty krwi zwiększają wybitnie odporność ciałek czerwonych względem saponiny i względem rozczynów hypotonicznych. 2) Własności antyhemolityczne surowicy pod wpływem upustów nie ulegają stałym zmianom.

III. 1) Badania porównawcze odporności ciałek względem wyższej ciepłoty pozwalają ułożyć następujący szereg w porządku wzrastającej odporności: świnka morska, kot, kura, królik, człowiek, kaczka (= gołąb = gęś), indyk, świnia, kozioł, cielę, baran, wół. 2) Surowica świnki morskiej i człowieka chronią ciałka od działania ciepła. 3) Mycie ciałek i przechowywanie w chłodzie nie wywierają wpływu na ich odporność względem ciepła. 4) Rozczyny hypotoniczne osłabiają, hypertoniczne nie wpływają na odporność ciałek. 5) Alkohol i formalina nawet w najmniejszej dawce osłabiają odporność ciałek (in vitro). 6) Głodzenie i duże dawki alkoholu zwiększają odporność ciałek. 7) Chloroform i zasady osłabiają odporność ciałek.

6) Sekretarz zawiadomił, że d. 29. maja, 10. czerwca i 24. czerwca 1913 odbyły się pod przewodnictwem prof. N. Cybulskiego posiedzenia Komisyi antropologicznej, na których m. i. prof. Talko-Hryncewicz przedstawił pracę o szczątkach ludzkich, znalezionych na Żmudzi, wykazując, że mamy tutaj pierwsze wiadomości o kościach ze starożytnych cmentarzysk w tym kraju, a sekretarz Komisyi p. S. Udziela przedstawił rozporządzenie Rady szkolnej krajowej z dnia 7 kwietnia 1913 r., którem polecono nauczycielom w całym kraju spisać środki żywienia się, używane obecnie przez ludność, w celu opracowania planów nauki dla wiejskich szkół gotowania. Ponieważ spisy te będą zawierały bardzo cenny materyał do studyów nad sposobem odżywiania się ludności, tem bardziej, że obejmują kraj cały, przeto referent wnosi, aby prosić Radę szkolną o odstąpienie całego tego materyału Komisyi antropologicznej Akad. Umiej. po zrobionym przez siebie użytku dydaktycznym. Wniosek przyjęto, nadto uchwalono wybrać Komitet, złożony z przewodniczącego, prof. Ciechanowskiego i sekretarza Udzieli; kwestyonaryusz, wydany przez Radę szkolną, o którym wyżej mowa, komitet ten ma uzupełnić w celach naukowych, następnie przedstawić go Radzie szkolnej z prośbę o ogłoszenie i o wezwanie nauczycieli do zebrania dalszych materyałów, odnoszących się do żywienia się ludności.

(Oprócz tego przedstawiono na posiedzeniu Wydziału kilkanaście prac z zakresu innych nauk przyrodniczych).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 25. VI. 1913.

Przewodniczący: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 63.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gościa kolegę Wiercińskiego z Petersburga.

3) Kol. prof. Krzyształowicz przedstawia **chorych, leczonych promieniami radu.** Omawiając działanie promieni α, β i γ, opisuje K. zalety nowych przyrządów francuskich (à sels collés fabryki Armet de Lisle), w porównaniu do dotąd używanych sposobów (sól radowa w rurce szklanej lub metalowej). Znaczny postęp stanowi również stosowanie przez Wickhama i Degraisa zasłon z glinu (aluminium) lub ołowiu, zatrzymujących promienie, α, miękkie β a nawet średnie β i umożliwiające przez to, zależnie od ich grubości, stosowanie promieni twardych β i γ bez wywoływania powierzchownych odczynów. W przypadkach nabłoniaków (4 przyp. przedstawione) przez naświetlanie 2-3-godzinne przyrządem odpowiedniej siły i przy użyciu raz ekranu pewnej grubości, to znowu bez żadnej zasłony, uzyskać można w paru tygodniach zupełne wyleczenie, nawet bez wywołania odczynu. Większej ostrożności w dawkowaniu wymagają naczyniaki wyniosłe (2 przypadki), a szczególnie naczyniaki płaskie (2 przyp.), gdyż w tym razie zależy na usunięciu rozszerzonych naczyń po pozostawieniu blizny. Natomiast znacznej siły promieni, nawet powierzchownych, wymagają brodaweczki barwikowe (naevus pigmentosus) (3 przyp.), szczególnie zaś owłosione i ze zgrubiałym naskórkiem, bo w tych przypadkach musi się wywołać wyraźny odczyn. — Odczyn występuje zazwyczaj w 8—10 dni po naświetlaniu, a nasilenie jego zależy od siły przyrządu, długości trwania naświetlania i od użytych zasłon. Najczęstszą postacią jest obrzęk, zaczerwienienie i wysięk surowiczy w różnej ilości, zasychający w liszajcowaty strup. Po długiem działaniu promieni powierzchownych może wystąpić nawet zgorzel głębsza. Odczynu brak, gdy stosujemy odpowiedniej grubości zasłony, zatrzymujące promienie miękkie, a przepuszczające tylko twarde, które mogłyby wywołać zgorzel tkanki, ale po bardzo długim czasie. Obok tego można mówić również do pewnego stopnia o odczynie swoistym, który występuje w niektórych tkankach zmienionych po takich dawkach,

które w skórze zdrowej nie wywołują jeszcze objawów, albo bardzo nieznaczne.

W dyskusyi przemawiali kol. Steuermark, Seńkowski i Krzyształowicz.

4) Kol. Landau przedstawia dwa przypadki, należące do grupy tak zwanych **dziedzicznych zwyrodnień** (heredo-degeneratio) **ze stanami kurczowymi.** Są to dwaj bracia, urodzeni z tychsamych rodziców. Starszy liczy lat 12, młodszy 10. Poza miernym alkoholizmem u rodziców, którzy są zresztą zupełnie zdrowi (L. przeprowadził badanie u obojga), nie można było wykazać dziedzicznego obarczenia w żadnym kierunku; podobnej choroby miał nikt w rodzinie nie przechodzić. Starsze i młodsze rodzeństwo jest aż do obecnej chwili zupełnie zdrowe. Obaj chorzy urodzeni na czasie. Poród lekki, siłami natury. Rozwijali się prawidłowo, we właściwym czasie zaczęli ząbkować, chodzić i mówić. Żadnych chorób gorączkowych nie przechodzili.

Obecna choroba rozpoczęła się u obu chorych w 4. roku życia od osłabienia kończyn dolnych. Nogi stawały się coraz sztywniejsze, chód coraz bardziej utrudniony. Mniejwięcej w rok po rozpoczęciu się choroby pojawiło się u starszego osłabienie kończyn górnych, tak że nie mógł już niemi tak sprawnie władać, ani też w nich utrzymać przedmiotów, a równocześnie z tem zaczął coraz mniej wyraźnie mówić i zachłystywać się przy spożywaniu pokarmów płynnych. Pod koniec drugiego roku trwania choroby przestał zupełnie mówić, zachłystywanie się było wybitniejsze, a osłabienie tak się wzmogło, że nietylko nie mógł stać o własnych siłach, ale nawet nie mógł unieść się z posłania i usiąść. I u młodszego chorego pojawiły się w drugim roku trwania choroby wybitne zaburzenia mowy, mówił coraz mniej wyraźnie. Niema jednak i nie było nigdy zachłystywania się, ani też żadnego osłabienia kończyn górnych. Zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca u obu chorych nie było i niema. Pod względem psychicznym mają być nieźle rozwinięci i rozumni.

Badanie fizyczne wykazało u starszego: Chory leży prawie zawsze bez ruchu, posługuje się tylko od czasu do czasu rękami, i to bardzo niezgrabnie Twarz, w której brak wszelkiej mimiki, sprawia wrażenie nieruchomej maski. Jedynie tylko czoło silnie pomarszczone, poza tem twarz zupełnie wygładzona. Szczęka dolna nieco opuszczona, ślinotok. Wszelkie ruchy mimiczne wykonywa mniej sprawnie i mało wydatnie. Języka nie może wysunąć poza zęby. Zresztą jednak niema żadnych zmian w zakresie nerwów czaszkowych, nigdzie niema zaników mięśniowych, ani drżenia włókienkowego, odruch gardłowy i podniebienny bardzo żywy i wybitny. W zakresie kończyn górnych i dolnych napięcie mięśni i odruchy silnie wzmożone. Objaw Babińskiego obustronnie. Ruchy czynne w zakresie kończyn dolnych zupełnie zniesione, w zakresie kończyn górnych upośledzone, i to przedewszystkiem w garstkach i palcach. Kończyny dolne silnie doprowadzone z powodu przykurczeń w grupach mięśni przywodzących udo. Obustronna stopa końskoszpotawa. Zaburzeń czucia niema. Stanie i chód, jak również i przechodzenie o własnych siłach z pozycyi leżącej w siedzącą zupełnie niemożliwe. Chory nic nie może mówić. Słyszy jednak i rozumie wszystko, wszelkie zlecenia wykonywa, a na pytania odpowiada nieznacznym ruchem głowy, raz przeczącym, raz potakującym.

U młodszego chorego wykazało badanie fizyczne zupełnie podobne zmiany w zakresie kończyn dolnych, jak u starszego, tylko w mniejszem nasileniu. Tak np. ruchy czynne do pewnego stopnia zachowane, chód przy opieraniu się o przedmioty możliwy, ale powolny, na końcach palców i zewnętrznym brzegu stopy, z równoczesnem ocieraniem się jednego uda o drugie. Kończyny górne nie zajęte, ruchy tułowia zachowane. Głowa i nerwy czaszkowe, jak u starszego, tylko mimika nieco zachowana, niema opuszczenia szczęki dolnej, ani też ślinienia. Mowa opuszkowa, bardzo niewyraźna, o odcieniu wybitnie nosowym i zatarta.

Badanie inteligencyi napotykało na bardzo duże przeszkody z powodu trudności porozumiewania się z chorymi. O ile jednak z badania tego, jak i z zachowania się chorych wnosić można, jest u nich pewne upośledzenie inteligencyi, o ile uwzględnimy wiadomości chorych w stosunku do ich wieku. Trudno jednak odpowiedzieć na pytanie, czy owe zaburzenia inteligencyi są tu tylko następstwem tego, że chorzy ci wychowują się na wsi wśród otoczenia mało inteligentnego, przywiązani z powodu swej choroby od 5. roku życia do łóżka i pozbawieni tak ważnego środka do kształcenia się, jakim jest mowa, nie mogli pójść naprzód w swoim rozwoju psychicznym, czy też mamy tu upośledzenie władz umysłowych, spowodowane niemożliwością przyswajania sobie wiadomości wskutek rozległych zmian korowych w mózgu, z jakiemi spotykamy się w różnych porażeniach dziecięcych.

Co do rozpoznania, to ono nie może w tym przypadku nasuwać żadnej trudności. Bo jakkolwiek każdy z tych przypadków przypomina chorobę Littlea, to jednak ze względu na pojawianie się tej choroby u dwojga rodzeństwa w tymsamym wieku, ze względu na postępujący rozwój choroby aż do pewnego czasu i zatrzymanie się jej na pewnym stopniu rozwoju, jak wreszcie i ze względu na dziwny zespół objawów klinicznych, należy tu raczej myśleć o tak zwanej heredodegeneracyi ze stanami kurczowymi.

Tła anatomicznego tej sprawy nie da się określić, a to dlatego, ponieważ w przypadkach sekcyonowanych tej choroby różni autorzy różne spotykali zmiany, tak, że nie można z obrazu klinicznego wnosić o rodzaju i rozległości zmian anatomo-patologicznych. Co do leczenia, to L. uważałby za wskazaną operacyę Förstera lub Stoffla u młodszego chorego, natomiast nie uważa za odpowiednie operowania starszego, ponieważ zmiany są już za daleko posunięte (tułów), wobec czego usunięcie stanów spastycznych w kończynach dolnych nie umożliwiłoby mu jeszcze możności poruszania się o własnych siłach. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierali głos a) Prof. Kader, który sądzi, że leczenie chirurgiczne tylko w drugim przypadku może mieć jakieś widoki, pierwszy zgoła nie nadaje się do leczenia operacyjnego. — b) Doc. Mazurkiewicz co do pierwszego przypadku jest zapatrywania kol. Landaua i Kadera, co się zaś tyczy drugiego, sądzi, że zabieg operacyjny również wielkich nadziei nie rokuje, a to wskutek daleko posuniętych zmian, zachodzących we władzach umysłowych, które M. uważa za wynik spraw patologicznych, toczących się w substancyi korowej. — e) Kol. Borzęcki zapytuje prelegenta, czy rzeczywiście tak daleko posunięte zmiany mogą być wywołane obciążeniem alkoholicznem, wykazanem u rodziców. — d) Kol. Landau, w odpowiedzi kol Borzęckiemu zaznacza, że co do alkoholu jako przyczyny tej choroby, musi podnieść, iż wspominając o alkoholizmie u rodziców chorych, nie myślał bynajmniej przypisywać mu jakiegokolwiek znaczenia etyologicznego dla rozpoznawanej przez siebie sprawy chorobowej. Choroba ta bowiem, jak zresztą i wszystkie inne, należące do grupy tak zwanych heredodegeneracyi, a zatem dystrophia m. progressiva, choroba Thomsena, myoklonia i inne, jest przedewszystkiem chorobą, dziedziczącą się jako taka. I mimo, że nikt z rodziny nie miał przechodzić podobnej choroby, nie można wyłączyć heredodegeneracyi w przypadkach przedstawionych, ponieważ choroby te często przeskakują jedną lub dwie generacye, pojawiając się dopiero w trzeciej lub nawet czwartej. Co do władz umysłowych u obu chorych, to L. zaznacza, że pewne ich upośledzenie jest niewątpliwe i że w tem zgadza się z wywodami kol. Mazurkiewicza. Lecz nie chodziło referentowi tyle o stwierdzenie tego pewnego upośledzenia psychicznego, ile o podniesienie swoich wątpliwości co do

tego, czy to, w każdym razie nieznaczne upośledzenie położyć należy na karb daleko idących zmian korowych, czy też uważać je za następcze upośledzenie władz umysłowych, jako następstwo niekorzystnych warunków rozwoju (środowisko, ciężkie upośledzenie fizyczne, brak mowy). Otóż tego zdaniem referenta łatwo rozstrzygnąć nie można, a przytoczone przez kol. Mazurkiewicza na dowód organicznego upośledzenia władz umysłowych zaburzenia mowy, które jako afatyczne wskazywały niewątpliwie na rozległe zmiany korowe, — są zdaniem referenta pochodzenia opuszkowego, a może korowego. W każdym razie przedstawieni chorzy, dla niemożności porozumiewania się i braku swobodnych ruchów, sprawiają wrażenie bardziej upośledzonych pod względem umysłowym, aniżeli to jest w rzeczywistości, za czem przemawia ściślejsza obserwacya chorych i badanie ich władz umysłowych metodami, dla tego badania dającemi się w tych przypadkach użyć.

5) Kol. Rogalski przedstawia przypadek **guza mózgu w obrębie mostu Varola**. Chory Z. H., lat 45, z zawodu murarz, zgłosił się do kliniki chorób nerwowych dnia 9. V. 1913, skarżąc się, że od 6 miesięcy chodzi jak pijany, a od 5 miesięcy ma uczucie ścierpnięcia w lewej połowie ciała (głowa, kończyna górna, tułów). — Co do obarczenia dziedzicznego należy podnieść, że matka chorego zmarła na chorobę płucną. Chory sam miał być w dzieciństwie zdrów, w 19. r. życia przechodził wrzód twardy, w 25 r. zapalenie lewego ucha i od tego czasu gorzej słyszy, w 26 r. chorował na piersi, przyczem pluł krwią, w 41 r. operowany z powodu ropnia okołoodbytniczego i przetoki. Po operacyi - (cięcie po stronie lewej przy odbytnicy), — miał wystąpić silny obrzęk lewego jądra i lewego sutka, co później częściowo ustąpiło, do dziś dnia jednak się utrzymuje.

Obecna choroba od roku; rozpoczęła się przygnębieniem, bezsennością i bólami głowy, ale niezbyt silnymi i bez wymiotów. Po 4 miesiącach wystąpiły zawroty głowy, zwiększające się przy nagłych zwrotach i podwójne widzenie, zwłaszcza rano i przy szybkiej zmianie ustawienia gałek ocznych. Mniej więcej w tym samym czasie zauważył chory, że ma twarz ku stronie lewej wykrzywioną i że lewa połowa ciała jest ścierpnięta, równocześnie jednak więcej wrażliwa.

Przy badaniu stwierdził prelegent następujące objawy: Porażenie nerwu twarzowego prawego w zakresie wszystkich gałązek z częściowym odczynem zwyrodnienia na prąd elektryczny; zupełne porażenie prawego nerwu odwodzącego gałkę oczną; obustronne zapalenie nerwów wzrokowych, przechodzące w zanik, zwłaszcza po stronie prawej — (rozp. kliniki okulist.), obustronne znaczne upośledzenie słuchu, wybitniejsze po stronie lewej. (perforatio sine membr. tymp. dextra, prt. otit med. sanat; otit. med. supp. chron. sin., granulationes, caries. — rozp. klin. otyatr.) — W kończynach górnych: obustronnie żywość odruchów, podczas chodzenia chorego kończyna lewa jest znacznie mniej ruchoma, niż prawa. Odruchy brzuszne obustronnie bardzo słabe mimo jędrności powłok brzusznych. W obrębie kończyn dolnych: obustronnie żywość odruchów kolanowych i Achillesowych, przyczem L > Pr. Odruchy podeszwowe zmienne: raz jako dodatni lewostronny objaw Babińskiego, drugi raz jako lewostronny odruch wachlarzowaty. Odruch goleni (Oppenheima) raz po stronie prawej, raz po lewej dodatni, odruch Strümplla obustronnie dodatni L > Pr. Przy staniu na jednej nodze i zwrotach chwianie się silniejsze ku stronie lewej. Badanie czucia wykazuje lekkie wzmożenie wrażliwości na wszystkie rodzaje czucia w lewej połowie ciała i całej dolnej prawej kończynie. W narządach wewnętrznych lewostronne zrosty opłucne i zapalenie nerek. Odczyn Wassermanna z krwi daje wynik niepewny, z płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny (zakład weter.). Ciśnienie przy przekłuciu lędźwiowem 35 mm. słupa rtęci; badanie cytologiczne płynu wykazuje stosunki prawidłowe (klin. pedyatr.) — Stwierdzamy zatem u chorego prawostronne porażenie nerwu twarzowego i odwodzącego, a lewostronne w zakresie kończyny górnej i dolnej; zaznaczyć jednak należy, że i prawe kończyny, zwłaszcza dolne, są lekko zajęte.

Przyczyną tego skrzyżowanego porażenia jest według referenta najprawdopodobniej ognisko chorobowe, leżące w moście Varola, które zajmuje jądro lub korzonki (raczej te drugie) prawego VI i VII nerwu mózgowego, powrózki piramid przed ich skrzyżowaniem i dotykające prawdopodobnie dróg czuciowych. O naturze tego ogniska trudno coś pewnego powiedzieć. Statystycznie spotykamy się w miejscu tem najczęściej z glejakami i guzami gruźliczymi. Za tą ostatnią etyologią przemawiałaby gruźlica płuc, jaką u chorego stwierdzamy i ropień okołoodbytniczy, który nierzadko jest pochodzenia gruźliczego. Liczyć się trzeba jednak i z trzecią możliwością. Chory przechodził kiłę, możemy więc również przypuścić obecność kilaka. Cofanie się niektórych objawów chorobowych, a mianowicie zmniejszanie się porażenia nerwu twarzowego, jakie można było stwierdzić w dalszym przebiegu choroby, przemawiałoby według referenta za pochodzeniem kiłowem guza. Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne d. 24 czerwca 1913 r.

1) Mutermilch Stanisław i Rzętkowski K. **Hodowla tkanek in vitro.** Omówiwszy we wstępie pierwsze udatne próby hodowania techniki in vitro (Harrison, Burrows) podał Mutermilch szczegółowy opis techniki hodowania tkanek zwierzęcych metodą Carrela na płytkach Gabryczewskiego, a więc sposób krajania badanych narządów na drobne kawałki 0,5 — 1 mm, otrzymywanie osocza i t. p. Techniką tą posiłkowali się prelegenci we własnych badaniach. Większość badań, dokonanych przez prelegentów, przeprowadzona została z narządami (serce, skóra, chrząstka, śledziona, wątroba i t. d.) płodów, oraz dorosłych zwierząt ssących (myszy, świnek morskich i królików); dopiero w ostatnich czasach dzięki pozyskaniu wylęgacza Sartoriusa autorowie mogli wykonać również kilka doświadczeń na płodach kury i gęsi. Badano tkanki umieszczone w osoczu bądź autogenicznem, t. j. pochodzącem od tego samego zwierzęcia, bądź homogenicznem (tego samego gatunku zwierzęcego), bądź heterogenicznem (innego gatunku zwierzęcego). Po pewnym okresie, t. zw. okresie utajenia (kilka godzin do kilku dni) spostrzegamy właściwy wzrost tkanek, polegający na zjawieniu się wokoło zasianych kawałków tkanki mniej lub więcej licznych komórek wrzecionowatych, promienisto rozchodzących się i połączonych ze sobą zapomocą krótkich, lub długich wyrostków. Po kilku dniach wzrostu następuje zwyrodnienie tłuszczowe nowopowstałych komórek i obumieranie zasianych kawałków. Przenosząc co kilka dni zasiane kawałki na świeże osocze po uprzedniem ich wypłukaniu w płynie Ringera, można znacznie przedłużyć życie zasianych kawałków. Carrelowi udawało się zachować przy życiu niektóre hodowle tkanki łącznej nawet do półtora roku.

Z badań prelegentów wynika zgodnie z innymi badaczami, że najlepiej rosną (najkrótszy okres utajenia, szybki wzrost) kawałki tkanek zarodkowych w osoczu autogenicznem, wolniej rosną tkanki płodowe w osoczu heterogenicznem; najgorszy wzrost wykazują tkanki zwierząt dojrzałych w osoczu homogenicznem.

Mutermilch poddał szczegółowemu rozpatrzeniu trzy zasadnicze pytania: 1) czy zasiane kawałki tkanek istotnie żyją, 2) jakie komórki i czy swoiste komórki wyrastają wokoło zasianych kawałków, 3) czy jestto istotny wzrost tkanek? Ze zasiane kawałki żyją, dowodzą chociażby dające się stwierdzić rytmiczne skurcze drobnych kawałków serca, posianych w osoczu na płytkach Gabryczewskiego. Sprawę

tę omówi obszerniej Rzętkowski. Co się tyczy drugiego pytania, to na zasadzie badań innych autorów, oraz własnych doświadczeń, dochodzi prelegent do wniosku, że wokoło zasianych kawałków rozmaitych narządów wyrasta zdaje się wyłącznie lub prawie wyłącznie tylko jeden typ komórek o charakterze młodej zarodkowej tkanki łącznej; możność zaś powstawania nowych swoistych komórek, jak: nerkowych, tarczycznych (Carrel) jest bardzo wątpliwą; również niedowiedzioną została z bezwzględną pewnością możność wyrastania nowych komórek o typie nabłonkowym. Jedynie co do tkanki nerwowej zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mogą wyrastać nowe włókienka nerwowe. Narządy krwiotwórcze (śledziona, szpik kostny) zachowują się nieco odmiennie od innych tkanek, mianowicie po zasianiu zauważyć się daje w pierwszym okresie wyraźna emigracya białych ciałek, poczem dopiero zaczyna się właściwy wzrost komórek. M. przedstawił na epidiaskopie niektóre rysunki, wzięte z prac Carrela i innych autorów, mianowicie 30 i 50-dniowe hodowle tkanki łącznej, kawałki tkanki mózgowej z nowopowstałemi włókienkami nerwowemi i niektóre inne. Wreszcie w mikroskopie ogrzanym przedstawił skurcze kawałków serca kilkudniowych płodów kurzych (w osoczu kurzem).

Następnie przechodzi M. do omówienia rozmaitych procesów biologicznych, jakie możemy badać w hodowlach tkankowych, a więc powstawanie in vitro swoistych hemolizyn (Carrel), badania nad nowotworami złośliwymi (Carrel, Burrows, Lambet i Hanes), wpływ jadów na wzrost tkanek (Levaditi i Stefan Mutermilch), powstawanie in vitro komórek olbrzymich (Lambert i t. d.). Tutaj Mutermilch daje odpowiedź na trzecie z wyżej postawionych pytań i twierdzi, że jest to istotny wzrost tkanek. Za tem przemawiają nie tyle spostrzegane przez niektórych autorów figury mitotyczne, ile fakty takie, jak możność nieograniczonego prawie wzrostu z pojawianiem się wciąż nowych komórek na obwodzie, przenoszonych na świeże otocze, zasianych kawałków, wraz z powiększeniem masy tych ostatnich, oraz wpływ na wzrost tkanek takich czynników, jak jady, wyciągi z narządów. Najbardziej może przemawiają za istotnym wzrostem badania Levaditiego i Stefana Mutermilcha nad wpływem leczniczym surowicy przeciwbłoniczej na szkodliwy wpływ jadu błoniczego.

W zakończeniu omawia M. znaczenie praktyczne, jakie metoda Carrela da, być może, w przyszłości (badania nad gojeniem się ran) i rokuje wielką doniosłość teoretyczną tej metodzie w rozmaitych zagadnieniach biologicznych.

Rzętkowski zdaje sprawę z doświadczeń, dokonanych wespół ze Stan. Mutermilchem nad czynnością kawałków serc zarodkowych (mysich, króliczych, gęsich, kurzych, morskich świnek), przechowywanych metodą Carrela. Po omówieniu historyi tych badań streszcza Rz. w następujący sposób wyniki doświadczeń, których technikę omawia szczegółowo: 1) Metodą Burrows-Carrela można przez czas dłuższy utrzymać przy życiu nietylko odcinki serc zarodków kurzych lub zimnokrwistych, ale również i odcinki serc płodów starszych, a nawet 5—6-dniowych myszy białych. 2) Objawem działalności życiowej tych odcinków jest kurczenie się ich, tętnienie w osoczu homogenicznem i heterogenicznem. 3) Zjawisko kurczenia się odcinków serc występuje nie zaraz po umieszczeniu ich w osoczu, lecz po upływie pewnego czasu (i do 6—8 dni). 4) Im kawałki są mniejsze, tem skurcze w nich występują łatwiej. 5) Najczęściej kawałek posiada jeden »ośrodek kurczenia się«, pozostałe części kawałka są pociągane lub poruszane biernie, tak samo, jak i jego najbliższe sąsiedztwo, a więc w warunkach najlepszego zetknięcia się z osoczem najbezpośredniejszego odżywiania ich. Czasem w jednym kawałku mogą znajdować się dwa »ośrodki«, leżące również obwodowo i tętniące niezależnie od siebie. 6) Nie wszystkie odcinki tego samego serca posiadają zdolność kurczenia się, nie wszystkie skurcze są równoczesne i okres czynności ich nie jest jednakowy. 7) Pod wpływem ochłodzenia kawałki zaczynają tętnić wolniej i w końcu zatrzymują się. Przeniesienie do cieplarki odnawia skurcze. 8) W okresie końcowej działalności kawałków występują objawy następujące: zwolnienie skurczów, występowanie długich pauz, pojawienie się drgań włókienkowych nieskoordynowanych wewnątrz kawałków (trzepotanie?). W jednym kawałku stwierdzono wszystkie objawy typowej bliźniaczości (bigemia) tętna (ze skurczami dodatkowymi — extrasystole — i dłuższemi pauzami wyrównawczemi).

Po odczycie prelegenci przedstawili zdjęcia kinematograficzne, dokonane w pracowni Mutermilcha przy pomocy p. Jarosza. z rytmicznych skurczów, jakie spostrzegano w zasianych kawałkach serca płodu króliczego, w osoczu matki, oraz zdjęcia kinematograficzne, dokonane w Paryżu przez Levaditiego, Stefana Mutermilcha i Comandona i demonstrujące wzrost tkanek (emigracya białych ciałek, figury mitotyczne).

2) Sławiński przedstawił 3 chorych, którym z powodu rozległych braków skóry **przeszczepił owodnię** (amnion); zabieg uwieńczony został skutkiem pomyślnym.

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Sprawozdanie z działalności od 4. VII. 1911 do 4. VII. 1912 r.

Towarzystwo składało się w roku sprawozdawczym z 74 członków, w tej liczbie członków rzeczywistych 42, członków honorowych 12 i członków korespondentów 20.

Z odbytych w ciągu roku 17 posiedzeń, jedno było doroczne, trzy zarządu, dwa administracyjne i 10 zwykłych.

Posiedzenie z d. 4. IX. 1911.

Obecnych 19 członków. Przewodniczący Dr Jaworowski.

1) K. Borsukiewicz przedstawia przypadek **przerostu prawego sutka u chłopca** 9-letniego.

2) K. Dobrucki pokazuje chorą po **owaryotomii**, wykonanej przy znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Chora operacyę zniosła dobrze, pomimo bardzo znacznej niedokrwistości.

3) K. Modrzewski przedstawia za pośrednictwem kolegów Dobruckiego i Cynberga **preparat kiszki** długości $1^{1}/_{2}$ łokcia, **zresekowanej** wskutek **wgłobienia.**

4) K. Czerwiński referuje: a) przypadek **przetoki pęcherzowo-pochwowej** przez siebie operowanej. U chorej tej w parę tygodni po operacyi przy cystoskopii w uchyłku pęcherza znaleziono kamień na miejscu dawnej przetoki. Kamień wydobyto przez cięcie pęcherza (pochwowo). Prelegent sądzi, że punktem wyjścia utworzenia się kamienia były inkrustacye solami moczowemi na miejscu niecałkowicie zaszytem. b) Tenże przedstawia preparaty **podsurowiczych mięśniaków macicy.** c) Tenże wygłasza odczyt p. t. **Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka** (rzecz wypowiedziana na Zjeździe lekarzy w Łodzi). Po odczycie wywiązała się ożywiona dyskusya co do metody odkażania rąk.

5) K. Czarnecki odczytuje referat: **O metodach badania ucha wewnętrznego**, uzupełniony demostracyą.

Posiedzenie z d. 4. X. 1911.

Obecnych 15 członków i 3 gości. Przewodniczący Dr Jaworowski.

1) K. Czarnecki: a) przedstawia przypadek **gruźlicy stawu** napięstkowego, leczony wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej; po 15 wstrzyknięciach wyleczenie; b) przypadek **krwiaka ucha** u chłopca 16-letniego.

2) K. Dobrucki: a) przedstawia **preparat wyrostka robaczkowego** chorego 46-letniego, który trzykrotnie przechodził napad. Ostatni napad był bardzo ciężki z obja-

wami silnego zatrucia. Operowano na zimno; wyrostek bardzo gruby i długi, blizki samoistnego oddzielenia się. b) Tenże odczytuje pracę swoją: **Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego.**

3) K. Borsukiewicz odczytuje referat w sprawie przypadku przerostu **sutka u chłopca,** przedstawionego przez siebie. Przerost sutka, podług referenta, nie przedstawia żadnych cech złośliwego nowotworu, niemniej jednak osoby dotknięte tem cierpieniem szybko marnieją. Poprawa stanu ogólnego następuje po amputacyi przerosłego sutka. Po dyskusyi na ten temat referent stwierdza, że niektórzy autorzy, między innymi Dmochowski, w przerosłym sutku znajdowali oznaki charakteru złośliwego.

Posiedzenie z d. 4. XI. 1911.

Obecnych 16 członków i 1 gość. Przewodniczący Dr Jaworowski.

1) R. Dobrucki przedstawia **preparat ciąży jajowodowej.**

2) K. Czerwiński przedstawia a) **preparat raka szyjki macicznej** we wczesnym okresie, b) **preparat bąblowca,** usadowionego w zatoce Douglasa i preparat bąblowca mikroskopowy.

3) K. Czarnecki: **W sprawie wskazań do otwierania wyrostka sutkowego.**

Po odczycie wywiązała się ożywiona dyskusya, podtrzymywana przez K. Dobruckiego, Jaworowskiego, Klarnera, Jasińskiego, Czerwińskiego, Dziemskiego, Modrzewskiego. B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił na wniosek Wydziału lekarskiego nadać Dr Alfredowi Sokołowskiemu honorowy doktorat medycyny Wszechnicy krakowskiej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, zaliczające Jubilata od szeregu lat do swych członków honorowych, przesłało Mu adres, pomieszczony na czele niniejszego zeszytu.

Kraków. Prof. Dr Napoleon Cybulski otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 5. XI. 1913 posiedzenie, na którem prof. Dr Rosner miał wykład: »Röntgen i radium w terapii ginekologicznej«.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa WPanu Dr Adolfowi Klęskowi z Krakowa serdeczne podziękowanie za książki darowane bibliotece.

Bibliotekarz: Dr M. Blassberg.

— Mag. chir. Adolf Klein obchodził 40-lecie działalności lekarskiej i społecznej, która zjednała mu honorowe obywatelstwo m. Rajczy i powszechny szacunek współobywateli.

— Grono prymaryuszy szpitala powszechnego we Lwowie urządza 11—20. XII. kursa dla lekarzy. (Program podamy w następnym numerze w »Nadesłanem«).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. X. do 1. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 3 † —), krztuśca 3 † 1 (1 † —), ospy wietrznej 1, płonicy 6 † 1 (2 † 1), odry 24 † 1 (1 † —), duru brzusznego 1 † — (1 † —), czerwonki 2 † — (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 27. X. do 3. XI. 1913 przypadków: ospy 4 † —, płonicy 3 † —. Dr Trenkner.

Warszawa. W obchodzie jubileuszu Dr Alfreda Sokołowskiego w d. 9. XI. b. r., w czasie którego uczniowie i asystenci Jubilata wręczą Mu wydawnictwo pamiątkowe, zaznaczą swój udział: Towarzystwo naukowe, Towarzystwo lekarskie, Towarzystwo higieniczne, Stowarzyszenie lekarzy, Towarzystwo przeciwgruźlicze, Komitet sanatoryum w Rudce, redakcye czasopism lekarskich z Warszawy; Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, Towarzystwa lekarskie, redakcye czasopism lekarskich z Krakowa i ze Lwowa.

— Na posiedzenie Wydziału III Towarzystwa naukowego Warszawskiego 6. XI. b. r. zgłoszono m. i. następujące komunikaty: 1) A. Landau i M. Temkinówna: »Studya nad zapaleniem nerek. Doniesienie I«. 2) E. Flatau i J. Handelsman: »Badania doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych«. 3) J. Skłodowski: »Wahanie skojarzone gałek ocznych (oscillatio conjugata oculorum) w przebiegu ogniskowego cierpienia mózgu«.

Poznań. Jubileusz dwudziestopięciolecia »Nowin lekarskich« odbędzie się 13. i 14. grudnia r. b. »Nowiny« wydadzą zeszyt jubileuszowy 8 arkuszowej objętości, wypełniony pracami oryginalnemi przeważnie lekarzy Wielkopolan. Na posiedzenia jubileuszowe w obu dniach zaproszeni zostali prelegenci z Krakowa, Lwowa i Warszawy. Podając o tem wiadomość, dodają »Nowiny lekarskie«: »Goście mile będą widziani i serdecznie przyjęci«.

Mianowani: bakteryolog doc. Raubitschek w Czerniowcach tyt. profesorem nadzwyczajnym.

Zmarli: Dr Józef Pleszczyński, b. naczelny lekarz szpitala Maciejowickiego, lekarz powiatu włodawskiego, we Włodawie w 67 r. ż.

chirurg prof. Championnière w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi. (»Nowiny lek.« 1913).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. X. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu X. 2 Mk., całego rocznika 16 Mk.

W październikowych zeszytach »Kursów« mają się mieścić rozprawy z zakresu kliniki chorób zakaźnych. Tegoroczny zeszyt nieco wykracza poza te granice, obok bowiem pracy Dr Schottmüllera: »O ostrem zapaleniu opon« zawiera więcej do teoretycznej medycyny należące artykuły prof. Friedberga i Dr Ungermanna: »Mutacya bakteryi« i »Trujące działanie wyciągów z narządów tego samego gatunku«, wreszcie Dr M. Mayera: »Stawonogi, jako przenosiciele chorób«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1913. (Dokończenie).

Przegląd chirurg. i ginekol. Tom IX: Zeszyt 2. Sawicki: Meningocele sacralis anterior. — Krauze: O leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbytnicy.

Postęp okulist. Nr 7—8.: Wiadomości kliniczne i statystyka z kliniki Uniw. Jagiell. r. dw. prof. Dr Wicherkiewicza za czas od 1898 do 1912 roku. — Kleczkowski: 1) Grypa i schorzenia oczów. 2) Zranienia kapslą oka i ich następstwa. — Rosenhauch: 1) Kilaki tęczówki i siatkówki. 2) Chromatopsia post operationem cataractae. 3) Artefacta oculistica. — Szafnicki: 1) Scotoma helioplegicum. 2) Varicella palpebrae.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 4. Schalit: Lecznictwo dentystyczne ostatniej doby. — Syrop: Wpływ oddychania przez usta na ustawienie zębów i na rozwój fizyczny i umysłowy u dzieci. — Stach: Z badań nad filogenezą uzębienia człowieka. — Łepkowski i Stach: Odontoma compositum.

Głos lekarzy Nr 19—21.: W sprawie odszkodowania za doniesienia lekarskie (19). — Tow. higieniczne we Lwowie

(Sprawozdanie Wydziału za rok 1912). — Wicherkiewicz: Kongres lekarzy w Londynie (19—20). — Tobisz: Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych (19—20). — Mikołajski: 1) II. Międzynarodowy kongres dla ratownictwa i zapobiegania wypadkom. 2) Nadzwyczajny napływ słuchaczy na medycynę. 3) Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących (20—21).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 11.: Glassner: Kilka uwag o metodach popierania zdrojowisk krajowych, wprowadzonych przez »Nasze Zdroje«. — Włyński: Plany rozwoju Szczawnicy.

Nasze Zdroje: Łazarski: Jak we Francyi — a jak u nas.— Zdrojowiska i uzdrowiska galicyjskie na wystawie kijowskiej.— 60-lecie sanatoryum Kisielki.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. listopada 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Steuermark: Nowe metody leczenia promieniami Röntgena. 2) Dyskusya nad wykładem prof. Rosnera i Dr Steuermarka.

Nadesłane.

Na III. międzynarodowej wystawie farmaceut. w Wiedniu w r. b. odznaczono srebrną nagrodą krajową, dyplomem honorowym, krzyżem honorowym i medalem złotym wyroby firmy **Mr. C. Raupenstrauch**, emer. apt. w Wiedniu: przetwory perdynaminy, pastylki kefirowe Dr Jurock, kołaczyki Maya-Yoghurtowe Dr Jurock, ferment Maya Dr Jurock i chloraethyl Dr Thilo — co przemawia za dobrocią tych przetworów.